VII Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
IV Fórum das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul no Interior do Estado
I Colóquio Nacional de Enfermagem e Redes de Cuidados e Formação
I Encontro das Instituições de Ensino e Saúde de Santa Maria e Região
Educação, Saúde e Cuidado na Enfermagem
24 a 26 de maio de 2011 no Itaimbé Pálace Hotel Santa Maria/RS
Informações: Tel. (55) 32208502 Inscrições pelo site: www.husm.ufsm.br
Promoção:
HUSM
CCS
Apoio:
CAPES
CAPES
ABEN
COREN
DINTER - Novas Fronteiras - UNIFESP - EEAN - UFSM
Parceiros: Instituições de Ensino e Saúde de Santa Maria e Região

VII SEMANA DE ENFERMAGEM DA UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
HOSPITAL UNIVERSTÁRIO DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Santa Maria, RS, Brasil

24 a 26 de Maio de 2011

Tema oficial

EDUCAÇÃO, SAÚDE E CUIDADO NA ENFERMAGEM

Promoção
Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Curso de Graduação em Enfermagem
Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Apoio
ABEn
CAPES
COREn
DINTER-Novas Fronteiras-UNIFESP-EEAN-UFSM

Parceiros
Instituições de ensino e saúde de Santa Maria e Região

Local

Itaimbé Palace Hotel – Santa Maria/RS
Data: 24 a 26 de Maio 2011
Santa Maria, RS
Brasil

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente do evento: Enfa. Ms.Soeli Teresinha Guerra

Vice-presidente do evento: Profa. Dra. Carmem Lúcia Colomé Beck

Comissão Científica

Marlene Gomes Terra – Coordenadora

Alice do Carmo Jahn
Annie Jeanninne Bisso Lacchini
Anali Ferreira
Cecília Maria Brondani
Claudia Maria Gabert Diaz
Claudia Rosane Périco Lavich
Cleci Piovesan Rosanelli
Débora Luiza dos Santos
Ethel Bastos da Silva
Fernanda Franceschi de Freitas
Fernanda Cabral
Gabriela Zenatti Ely
Isabel Cristina Pacheco Van der Sand
Izabel Cristina Hoffmann
Laura Fortes Cortes
Maria Celeste Landerdahl
Maria da Graça Soler Rodrigues
Marcelo Nunes da Silva Fernandes
Margareth Caetano Freo
Marlene Kreutz Rodrigues
Marli Maria Loro
Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini
Odete Messa Torres
Rosângela Marion da Silva
Rozelaine Maria Busanello
Silviamar Camponogara
Stela Maris de Mello Padoin
Suzane Flores Cosentino

Suzinara Beatriz Soares de Lima
Taís Vicari
Vera Lucia Quinhones Guidolin

Comissão Infra-estrutura

Naura Silvia Machado Coutinho – Coordenadora

Elaine Miguel Delvivo Farão
Fábio Mello da Rosa
Jocelaine Cardoso Gracioli
Joselaine Rigue da Silva
Letice Dalla Lana

Comissão Social

Helena Carolina Noal - Coordenadora

Marcia Beatriz Marzari
Sadja Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro
Sandra Márcia Soares Schmidt

Comissão Secretaria

Anamarta Sbeghen Cervo - Coordenadora

Alexsandra Micheline Real Saul
Dalva Cezar da Silva
Elisandra Soares de Moura
Fernanda Stock da Silva
Luciana Silveira Tronco Chielle
Mari Ângela Meneghetti Baratto
Rosana Huppes Engel
Tassiane Mori Valentim

Comissão de Divulgação

Salete de Jesus Souza Rizzatti – Coordenadora

Lurdes Panciera
Vânia Lúcia Durgante

Comissão Financeira

Noeli Terezinha Landerdahl – Coordenadora

Carla Mario Brites

Chariani Gugelmim Basso
Rosangela Marques Machado

Comissão de Monitoria

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago – Coordenadora

Acadêmicos de Enfermagem
Bruna Sodré Simon
Bruna Pase Zanon
Bruna Vanessa Costa da Rosa
Caren da Silva Jacobi
Elaine Lutz Martins
Iraciara Ramos Canterle
Keity Laís Siepmann Soccol
Laís Antunes Wilhelm
Maressa Claudia De Marchi
Natieli Cavalheiro Viero
Priscila Bisognin
Tifany Colomé Leal

AVALIADORES *AD-HOC*

Carmem Lúcia Colomé Beck
Maria de Lourdes Denardin Budó
Marlene Gomes Terra
Silviamar Camponogara
Stela Maris de Mello Padoin
Suzinara Beatriz Soares de Lima

VII Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
IV Fórum das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul no Interior do Estado
I Colóquio Nacional de Enfermagem e Redes de Cuidados e Formação
I Encontro das Instituições de Ensino e Saúde de Santa Maria e Região

Educação, Saúde e Cuidado na Enfermagem

ANAIS

Organizadores anais

Dalva Cezar da Silva
Bruna Vanessa Costa da Rosa
Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini
Marlene Gomes Terra
Noeli Terezinha Landerdahl
Tifany Colomé Leal
Fernanda Franceschi de Freitas

S471a Semana de Enfermagem da UFSM (7. : 2011 : Santa Maria, RS)
Anais da VII Semana de Enfermagem da UFSM / VII Semana de Enfermagem da UFSM, IV Fórum das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul no Interior do Estado, I Colóquio Nacional de Enfermagem e Redes de Cuidados e Formação, I Encontro das Instituições de Ensino e Saúde de Santa Maria e Região, de 24 a 26 de maio de 2011, Santa Maria,RS ; organizadores Dalva Cezar da Silva ... [et al.]. – Santa Maria, RS : UFSM, 2011.
662 p. ; 30 cm

Inclui referências.
Tema oficial: Educação, Saúde e Cuidado na Enfermagem.

1.Enfermagem 2. Educação 3. Cuidados em Enfermagem 4. Saúde 5. Eventos I. Silva, Dalva Cezar II. Fórum das Escolas de Enfermagem do Rio Grande do Sul no Interior do Estado (4. : 2011 : Santa Maria, RS) III. Colóquio Nacional de Enfermagem e Redes de Cuidados e Formação (1. : 2011 : Santa Maria, RS) IV. Encontro das Instituições de Ensino e Saúde de Santa Maria e Região (1. : 2011 : Santa Maria, RS) V. Título.

CDU 616-083(063)

Ficha catalográfica elaborada por Simone G. Maisonave - CRB 10/1733
Biblioteca Central da UFSM

Observação: o conteúdo dos trabalhos é de inteira responsabilidade dos autores.

APRESENTAÇÃO

No ano em que o Curso de Graduação em Enfermagem comemora seus 35 anos de existência a VII SEMANA DE ENFERMAGEM DA UFSM confirma a trajetória de sucesso da categoria.

Com mais de 600 inscritos e a participação de renomados pensadores e destacados profissionais do sistema educacional e de saúde brasileiros, dentre eles os professores Dr. Emerson Merhy e Dr. Ricardo Ceccim, o evento que aconteceu de 24 a 26 de maio de 2011, é a confirmação de uma história de sucesso construída ano a ano pela enfermagem do HUSM e do Departamento de Enfermagem da UFSM.

Além das autoridades da Enfermagem locais e regionais, a cerimônia de abertura do evento contou com a presença do Reitor Professor Dr. Felipe Muller, da Diretora Geral do HUSM, Professora Dra. Elaine Verena Resener, do diretor do CCS Professor Dr. Paulo Burmann, da Coordenadora da 4ª CRS Enfª Esp. Ilse Mello, da Professora Dra. Ivone Evangelista Cabral, presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Nacional/ABEn e de autoridades representantes das instituições de ensino e de serviços de saúde de Santa Maria e Região.

O evento contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Associação Brasileira de Enfern (ABEn), Conselho Regional de Enfermagem/RS (COREn), instituições de ensino e de saúde de Santa Maria e região e teve por objetivo refletir e discutir A EDUCAÇÃO, A SAÚDE E O CUIDADO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM. Ao atrair a atenção para tais questões da profissão o que se quer é estimular e sensibilizar todos aqueles com vocação ou que atuam nesta área.

A Enfermagem é essencial para o Sistema de Saúde porque dá sustentação ao sistema, uma vez que a enfermagem representa mais de 70% de toda a equipe de saúde, além de serem os únicos profissionais que permanecem 24 horas vigilantes prestando assistência aos sujeitos enfermos, e presente nas ações de promoção, prevenção, reabilitação em saúde. Assim sendo, movimentos desta natureza são imprescindíveis por que buscam qualificar a formação e difundir o conhecimento entre profissionais da enfermagem, considerando-se a centralidade da Enfermagem para a saúde das comunidades.

Comissão Organizadora

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA DO EVENTO

Tema Central: EDUCAÇÃO, SAÚDE E CUIDADO NA ENFERMAGEM

O tema central se subdivide em:
SUB-TEMA 1: Educação Permanente em Saúde e as responsabilidades profissionais no SUS

SUB-TEMA 2: Cuidado e integralidade na atenção hospitalar à saúde

SUB-TEMA 3: O cuidado na Atenção Básica à Saúde e os desafios da resolutividade

SUB-TEMA 4: Formação, pesquisa e cuidado em saúde e na enfermagem

Dia 24/05/2011 – Minicursos (4h)
MANHÃ:
8h às 12h – sala 02 (60 lugares)
Curso 1 – **Exames laboratoriais no exercício profissional da saúde**
Profa. Farm. Dra. Marta Maria Medeiros Frescura Duarte (FISMA – ULBRA)
Coordenadora: Profa. Ms. Rozelaine Maria Busanello (FISMA - HUSM)

8h às 12h – sala 03 (100 lugares)
Curso 2 – **Avaliação e cuidado em lesões de pele**
Membros do Grupo de Estudos em Lesões de Pele (GELP/HUSM)
Coordenadoras: Enfa. Esp. Márcia Dal Bem Cherobini (HUSM)

TARDE:
14h às 18h - sala 02 (60 lugares)
Curso 3 – **Segurança no uso de medicamentos e administração da medicação**
Profa. Dra. Nara Marilene Oliveira Girardon Perlini (UFSM)
Coordenadora: Profa. Dda. Eniva Miladi Fernandes Stumm (UNIJUI)

14h às 18h – sala 03 (100 lugares)
Curso 4 – **O Cuidado diante do uso abusivo de crack e outras drogas**
Psic. Ms. Rose Teresinha da Rocha Mayer (Escola de Saúde Pública/RS)
Enfa. Dda. Annie Jeanninne Bisso Lacchini (UFRGS)
Coordenadora: Enfa. Noeli Correa Abder Rahin Zardeh (HUSM)

Dia 25/05

8h00 – 9h00 – Credenciamento
9h00 – 9h30 – Abertura Oficial
9h30 – 10h30 – Conferência de Abertura: **Educação, Saúde e Cuidado na**

Enfermagem
Profa. Dra. Ivone Evangelista Cabral (Presidente da ABEn Nacional/UFRJ)
Coordenação: Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves (UFSM)

10h30 – 10h 45min – Intervalo

10h45min – 12h30 – Mesa Redonda: **O cuidado na Atenção Básica à Saúde e os desafios da resolutividade**
Profa. Fisiot. Dda. Hedionéia Pivetta (SMSSM/UNIFRA)
Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)
Profa. Dra. Liane Righi (CESNORS/UFSM)
Enfa. Esp. Ilse Menk Mello (SMSSM)
Coordenadora: Enfa. Dda. Vera Lúcia Quinhones Guidolin (17ª CRS/HUSM)

12h30 – 14h00 – **Círculo de Debates:** Pôsteres, Apresentação de Notas Prévias, Resultados de Pesquisas
Coordenadoras: Doutorandas do DINTER (UNIFESP/UFSM/EEAN) e Mestrandas do PPGEnf/UFSM

14h00 – 15h30 – Conferência: **Educação Permanente em Saúde e as responsabilidades profissionais no SUS**
Prof. Dr. Emerson Merhy (UFRJ)
Coordenadora: Profa. Dda. Odete Torres (UNIPAMPA)

15h30 – 16h – Coffe Break

16h00 – 17h30 – 1º Momento: **Roda de Conversa: Cuidado e integralidade em saúde na atenção hospitalar**
Profa. Dra. Maria Henriqueta Luce Kruse (UFRGS/HCPA)
Profa. Dra. Maria Izabel Sampaio Carmagnani (UNIFESP)
Enfa. Esp. Claudia Rosane Perico Lavich (HUSM)

2º Momento**: Como Faço, Fazendo: Exemplificando caso de Clínica Ampliada**
Integrantes da Residência Multiprofissional, estudantes da Graduação e Mestrado em Enfermagem e profissionais da atenção hospitalar e básica.
Coordenadora: Enfa. Esp. Noeli Terezinha Landerdahl (UFSM)
Profa. Dra. Marlene Gomes Terra (UFSM)

18h00–20h00– **IV Fórum das Escolas de Enfermagem no interior do RS**
Coordenadora: Profa. Dda. Denise Antunes de Azambuja Zocche (Diretora de Educação da ABEn/Seção RS/IPA)

Dia 26/05

8h30 – 10h00 – Mesa Redonda: **Formação, pesquisa e cuidado em saúde e enfermagem**
Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS)
Profª. Dra.Stela Maris de Mello Padoin (UFSM)
Profª Dra. Laura de Azevedo Guido (UFSM)
Profª Dra. Eliane Tatsch Neves (UFSM)
Coordenadora: Enfa. Ms. Helena Carolina Noal (HUSM)

10h00 – 10h15 – Intervalo

10h15 – 14h00 – **Círculo de Debates:** Pôsteres, Apresentação de Notas Prévias, Trabalhos Completos
Coordenadoras: Doutorandas do DINTER (UNIFESP/UFSM/EEAN) e Mestrandas do PPGEnf/UFSM.

14h00 – 15h30 – Mesa Redonda: **Educação, Saúde e Cuidado na Enfermagem: interrogações e atualidades profissionais**
Rede de Segurança – Profa. Dra. Gisela Maria Schebella Souto de Moura (UFRGS)
Dor como 5º Sinal Vital – Profa. Dra. Miriam Seligman (HUSM)
– Enfa. Mda. Simone Silveira Pasin (HCPA)
Enfermagem e Meio Ambiente– Profa. Dra. Silviamar Camponogara (UFSM)
Coordenadora: Enfa. Mda. Alexsandra Micheline Real Saul (HUSM)

15h30 – 16h00 – Coffe Break

16h00 – 17h00 – Conferência de Encerramento: **Enfermagem desafios permanentes**
Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes (UFSC)
Coordenadora: Profa. Dra. Silviamar Camponogara (UFSM)

Resumos dos Trabalhos

SUMÁRIO

MODALIDADE RESUMO EXPANDIDO

Nº Trabalho	Título	Autores
01	**APERFEIÇOAMENTO EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS: RELATO DE EXTENSÃO**	**DEUS, Luise Monteiro Lobão de** TRINDADE, Liliane Ribeiro ROCHA, Elisiane do Nascimento da BUSANELLO, Josefine SILVA, Fernanda Machado da SENHEM, Graciela Dutra
02	**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO**	**MARCONATO, Cintia da Silva** GINDRI, Lucélia VIERO, Viviani
03	**CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS HEMATO-ONCOLÓGICAS: UMA CLIENTELA CRESCENTE NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO HUSM**	**VIERO, Viviani** FERREIRA, Tanise Finamor GEBERT, Lenir GINDRI, Lucélia LIMA, Suzinara Beatriz Soares de MARCONATO, Cintia da Silva
04	**INCIDÊNCIA DO CÂNCER EM PACIENTES IDOSOS**	**GINDRI, Lucélia** MARCONATO, Cintia da Silva VIERO, Viviani
05	**PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS**	**ROCHA, Elisiane do Nascimento da** COMIS,Verydiana Peruzzi RODRIGUES, Carine Silveira BUSANELLO, Josefine SILVA, Fernanda Machado da SENHEM, Graciela Dutra
06	**A IMPORTÂNCIA DAS DISCIPLINAS COMPLEMENTARES DE GRADUAÇÃO NA ÓPTICA DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM**	**BRUM, Dyan Jamilles Teixeira** ROSSO, Laís Fuzer BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin Budó GARCIA, Raquel Pötter SIMON, Bruna Sodré
07	**CONVERSANDO SOBRE CÂNCER COM ADOLESCENTES: UMA EXPERIÊNCIA DE**	**SANTOS, Mileni dos** STRECK, Mônica Tabata Hering

	EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS	SCHWENING, Monique Depiere ROMANSIN, Débora Quezia de Oliveira RESTA, Darielli Gindri COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos
08	**O LIXO E SUAS IMPLICAÇÕES NO MEIO AMBIENTE E NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**CORREA , Mariana Matia** PACHECO, Kátia Cilene Ferreira FETTERMANN, Fernanda Almeida MOTTA, Luana Anhaia DUARTE, Maria de Lourdes Custódio TORRES, Odete Messa
09	**O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**	**SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos** PRATES, Lisie Alende DUARTE, Maria de Lourdes Custódio TORRES, Odete Messa
10	**PROJETO ECOPET: VOCÊ SABE A QUANTIDADE DE LIXO QUE SUA UNIVERSIDADE PRODUZ?**	**BARRETO, Camila Nunes** PERES, Roger Rodrigues CAMPONOGARA, Silviamar
11	**STRESS, COPING E SÍNDROME DE BURNOUT EM MÉDICOS RESIDENTES: O ESTADO DA ARTE**	**BOLZAN, Maria Elaine de Oliveira** KLEINÜBING, Raquel Einloft SILVA, Rodrigo Marques da
12	**A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DAS PACIENTES POR MEIO DE OFICINAS ARTESANAIS**	**ALVES, Camila Neumaier** FÉLIX, Roselaine SATLER, Silvia Cristina ALTMANN, Claudete A. B.
13	**O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA COM MULHERES NO PRÉ E PÓS-PARTO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACADÊMICAS**	**ALBERTI, Gabriela Fávero** VARGAS, Ana Cláudia Soares Souza, Bruna Flores VELASQUE, Ana Cláudia Inda BUBANZ, Débora Beatriz CARVALHO, Sandra Ost R. M
14	**PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES NO CLIMATÉRIO: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**	**FANTINEL, Nathália Marion** ANDREOLA, Karine GARCIA, Sabrina Santos MARON, Luana Carine MACEDO, Paola Silveira SILVA, Ethel Bastos da

15	**ATITUDES E PERCEPÇÕES DE GESTANTES E PUÉRPERAS FRENTE AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**	**SALBEGO, Laurem Paz** RAMOS, Aline Krüger SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos PRATES, Lisie Alende DORNELLES, Rochele Santana LIPINSKI, Jussara Mendes
16	**BONECO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA NAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**MACHADO, Bruna Parnov** LIMA, Suzinara Beatriz Soares de FERREIRA, Tanise Finamor AMTHAUER, Camila RABENSCHLAG, Liange SILVA, Sérgio Arthur Fernandes
17	**CUIDADO SINGULAR DO ENFERMEIRO À CRIANÇA SUBMETIDA AO TESTE DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO ESTÍMULO CLONIDINA**	**HOFFMANN, Izabel Cristina** GRACIOLI, Jocelaine Cardoso
18	**EDUCAÇÃO CONTINUADA NUMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA UMA NECESSIDADE LEVANTADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM**	**PADILHA, Priscila Kelly** LEAL, Aline Baldissera SEVERO, Valéria Regina Gais
19	**PROGRAMA DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR EM ENFERMAGEM VIVÊNCIAS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS**	**SCALCON, Camila de Brum** DELLAMÉA, Taís BISSO, Annie Jeanninne Lacchini CERVO, Anamarta PERES, Roger Rodrigues
20	**O PÁPEL DO ENFERMEIRO ACERCA DAS ORIENTAÇÕES AO PACIENTE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**	**BEDIN, Liarine Fernandes** SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos SOUZA, Neila Santini de
21	**EFEITOS DO USO DO CPAP NASAL PARA NEONATOS INTERNADOS EM UTI REFLEXÕES DE ENFERMAGEM**	**DALCIN, Camila Biazus** MORO, Adriana Subeldia dos Santos Moro RODRIGUES, Alessandra Trindade COSTENARO, Regina Gema Santini
22	**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO Á CRIANÇA HOSPITALIZADA**	**VIEIRA, Tainara Genro** OLIVEIRA, Lisandra Moraes de Trevisan,Taíse VESTENA, Cristina de Fátima Lobler SILVEIRA, Andressa da PADOIN, Stela Maris de Mello

23	**REDES SOCIAIS: POSSIBILIDADES PARA A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**	**SIMON, Bruna Sodré** BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin SCHIMITH, Maria Denise GARCIA, Raquel Pötter SILVEIRA, Celso Leonel
24	**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA ESCOLAR NAS EXPRESSÕES DE JOVENS ESTUDANTES E POSSIBILIDADES DE AÇÕES INTERSETORIAIS**	**DALMOLIN, Indiara Sartori** COSTA, Marta Cocco SILVA, Ethel Bastos JAHN, Alice do Carmo SANTOS, Mileni
25	**GRUPO DE FAMILIARES: UM DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**	**MACHADO, Katiusci Lehnhard.** CORTES, Laura Ferreira LARA, Michele Pivetta de HEINRICH, Juliane FREITAS, Fernanda Franceschi de TERRA, Marlene Gomes
26	**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM DESAFIO NA SALA DE ESPERA DA UBS**	**SILVA, Marcelo Melo** BARTEL, Tainã Eslabão MATOS, Greice Carvalho OLIVEIRA, Maria José S AIRES, Natália Timm JACONDINO, Michelle Barboza
27	**INTERAÇÃO ENSINO/SERVIÇO EM CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**GOULART, Tonini Carolina** BUSANELLO, Rozelaine Maria SEGALIN, Vânia T. Rigo
28	**O ENFERMEIRO NA RELAÇÃO COM O SUJEITO EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO PRÉ/PÓS TRANSPLANTE RENAL**	**QUINHONES, Sabrina Medianeira Wiethan** CORDEIRO, Franciele Roberta Beuter, Margrid PAULETTO, Macilene Regina ROSO, Camila Castro DA SILVA, Daniela Hundertmark
29	**OFICINA DO JORNAL: UMA FERRAMENTA SÓCIO-TERAPÊUTICA DE COMUNICAÇÃO**	**CORTES, Laura Ferreira** MACHADO, Katiusci Lehnhard HEINRICH, Juliane SALVADOR, Luciane de Arruda ELY, Gabriela Zenatti TERRA, Marlene Gomes
30	**REDE SOCIAL DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NA**	**ZAMBERLAN, Kellen Cervo** SILVEIRA, Andressa da

	COMUNIDADE E SEUS FAMILIARES CUIDADORES	NEVES, Eliane Tatsch
31	**A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DURANTE A VISITA DOMICILIAR**	**GALARRAGA, Sarine Fábrica** PALAGI, Sofia SCHRADER, Greice FERRAZZA, Anielle JAKS, Caroline Daiane Weber PEREIRA, Denise Bermudez
32	**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS AVANÇOS E DESAFIOS**	**SILVA, Jane Evangelho** KRUM, Adriana de Castro Rodrigues
33	**PAPEL DOS ENFERMEIROS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**	**PORTELA, Odete Teresinha** MACHADO, Bruna Parnov LIMA, Suzinara Beatriz Soares de RODRIGUES, Marlene Kreutz SILVA, Fernanda Stock da AMTHAUEr, Camila
34	**CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENDIMENTO VOLTADO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**	**FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva** RABENSCHLAG, Liange Arrua VICARI, Taís WEILLER, Teresinha Heck
35	**DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR**	**MENDONÇA, Edith Beltrão** FELTRIN, Adriana SAGRILO, Bruna Urack DORNELLES, Carla da Silveira
36	**IDENTIDADE PROFISSIONAL PERCEBIDA POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: DA ATUAÇÃO AO RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO**	**SILVA, Clarissa Bohrer da** BECK, Carmem Lúcia Colomé MACHADO, Cynthia Helena Ferreira SILVA, Rosângela Marion da PROCHNOW, Andrea TAVARES, Juliana Petri
37	**O MÉTODO CANGURU E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**	**OLIVEIRA, Cristine Ruviaro de** SILVEIRA, Andressa da ARRUÉ, Andrea Moreira NEVES, Eliane Tatsch
38	**PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS AO ATENDEREM ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM AMBULATÓRIO DE ADESÃO**	**GRACIOLI, Jocelaine Cardoso** HOFFMANN, IzabeL Cristina

39	**REAÇÕES ADVERSAS NA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA: IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM**	**SILVA, Joselaine Rigue da** TASCHETTO, Eliane PRADELLA, Fernanda de Fátima Ferreira
40	**SAÚDE MENTAL EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA VISÃO INTERDISCIPLINAR**	**FERNANDES, Marivana de Mattos** PACHECO, Katia Cilene DUARTE, Maria de Lourdes Custódio
41	**SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE DE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA NA APAE**	**PIOVESAN, Graziela** RESTA, Darielli Gindri HEPP, Débora QUADROS, Karoline SANTOS, Juliana
42	**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**	**PAULETTO, Macilene Regina** TIMM, Arlete Maria Brentano BEUTER, Margrid ROSO, Camila Castro VEIGA, Sirlene Mathias MALDANER, Cláudia Regina
43	**MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO ERGONÔMICO**	**PASA, Thiana Sebben** MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza PILLON, Raquel Basso Figueira
44	**A RELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIROS EM PESQUISAS: UM RELATO DE EXPERIENCIA**	**MACHADO, Letícia Martins** DISSEN, Caliandra Marta SILVEIRA, Daiany Saldanha da BECK, Carmem Lúcia Colomé MACHADO, Cynthia Helena Ferreira COELHO, Alexa Pupiara Flores
45	**SOCIALIZAÇÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO RESÍDUO SÓLIDO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO PARA REDUÇÃO DO IMPACTO AMBIENTAL**	**RAMOS, Iara Barbosa** VIERO, Cibele Mello ERTHAL, Graciele TREVISAN, Clara Maria RODRIGUES, Marlene Kreutz PORTELA, Odete Teresinha
46	**GRUPO DE APOIO PARA PESSOAS COM HIV/AIDS: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÂO EM SAÚDE**	**GEWEHR, Melissa** DURGANTE, Vânia Lúcia BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin SILVEIRA, Celso Leonel SILVA, Dalva Cezar da

47	**ENSINO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES UMA REFLEXÃO ACADÊMICA**	**PALAGI, Sofia** SCHRADER, Greice FERRAZZA, Anielle JAKS, Caroline Daiane Weber VIANA, Luisa Amoza DAL PAI, Daiane
48	**GESTÃO DE PESSOAS NA ENFERMAGEM EM ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: INDICADORES DE QUALIDADE**	**SANTOS, Tanise Martins dos** LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
49	**PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A ÓPTICA DO FLUXOGRAMA ANALISADOR**	**PALMA, Josiane Santos** THOFEHRN, Maira Buss AMESTOY, Simone FERRAZZA, Anielle JAKS, Caroline Daiane Weber
50	**AS MATRIZES DAS CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NO CONTEXTO HOSPITALAR**	**RIGON, Angelita Gastaldo** NEVES, Eliane Tatsch
51	**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UM CURSO DE DOMA RACIONAL**	**JUNG, Bianca** lange, Celmira OLIVEIRA, Maria José Santos
52	**EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS NA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**	**CHEROBINI, Márcia Dal Bem** SOARES, Rhea Silvia de Ávila TIMM, Arlete Maria Brentano PRADELLA, Fernanda de Fátima FERREIRA, Salete de Jesus Souza Rizzatti PADILHA, Priscila Kelly Dias
53	**O TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**	**ROSO, Camila Castro** BEUTER, Margrid GIRARDON -PERLINI, Nara Marilene Oliveira TIMM, Arlete PAULETTO, Macilene BRONDANI, Cecília Maria
54	**PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO**	**COELHO, Alexa Pupiara Flores** DISSEN, Caliandra Marta PRESTES, Francine Cassol BECK, Carmem Lúcia Colomé MACHADO, Cynthia Helena Ferreira SILVA, Clarissa Bohrer da
55	**DOR X AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO:**	**LIMA, Ana Claudia Soares de** MAGNAGO, Tânia S. B. de

	REGRESSÃO LOGÍSTICA	Souza PROCHNOW, Andrea SCALCON, Camila VIERO, Natiele
56	**REFLEXÃO SOBRE OS FATORES QUE CONTRIBIUEM NO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA**	**VIANA, Luisa Amoza** GALARRAGA, Sarine Fábrica JAKS, Caroline Daiane Weber Palagi, Sofia; SCHRADER, Greice CARDOZO-GONZALES, Roxana Isabel
57	**ATIVIDADES LUDICO/EDUCATIVAS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS**	**MANFIO, Daíze Pani** KOCH, Rosane Fátima ANDREOLA, Karine FRANCESCHI, Jaqueline LEITE, Marinês Tambara
58	**PARTICIPAÇÃO DOS HOMENS NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**PERES, Roger Rodrigues** WILHELM, Laís Antunes BARRETO, Camila Nunes SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar SCALCON, Camila de Brum LACCHINI, Annie Jeanninne B
59	**EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE INDÍGENA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**FERRAZ, Angélica Vargas** JAHN, Alice do Carmo SILVA, Ethel Bastos da COSTA, Marta Cocco da GUZZO, Patrícia Caprini SARZI, Diana Mara
60	**POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA CRIANÇA DO ADOLESCENTE: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA**	**Dos Santos, Raíssa Passos** NEVES, Eliane Tatsch DA SILVEIRA, Andressa NEVES, Aline Tatsch CANTERLE, Iraciara Ramos
61	**A ABORDAGEM DA INTERFACE SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS**	**VIERO, Cibelle Mello** CAMPONOGARA, Silviamar SARI, Vanúzia ERTHAL, Graciele SOARES, Sabrina Gonçalves
62	**O IMPACTO DO ADOECIMENTO NOS CUIDADORES DE IDOSOS COM ALZHEIMER**	**PREDEBON, Greice Roberta** CORDEIRO, Franciele Roberta SILVA, Graciela Souza da SANTOS, Naiana Oliveira dos GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira BEUTER, Margrid

63	**SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM: QUALIDADE DE VIDA EM RISCO**	**HEINEN, Marina** OLIVEIRA, Kenya Pinzon de GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi
64	**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM: UMA EXPERIENCIA DISCENTE**	**OLIVEIRA, Kenya Pinzon de** HEINEN, Marina MUNIZ, Rosani Manfrin GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi
65	**CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS SOBRE AS TECNOLOGIAS LEVES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA**	**PERDONSSINI, Leila Georcelei de Brizola** COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos RESTA, Darielli Gindri GUZZO, Patrícia Caprini
66	**GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS: ESPAÇO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE**	**HIRT, Maiara Carmosina** ARBOIT, Jaqueline LEITE, Marinês Tambara HILDEBRANDT, Leila Mariza
67	**MULHERES PORTADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: INSERÇÃO SOCIAL EM ATIVIDADES GRUPAIS**	**SCHONS, Vanessa Fátima** BORTOLI, Vanessa da Silva LEITE, Marinês Tambara HILDEBRANDT, Leila Mariza
68	**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOVENDO O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL COM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR**	**GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto** PILATI, Andressa Luft BORTOLINI, Eliege LEITE, Marinês Tambara HILDBRANDT, Leila
69	**INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO ASILAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**JANTSCH, Leonardo Bigolin** STAMM, Bruna BOTH, Juliane Elis PILATI, Andressa Caroline Luft LEITE, Marinês Tambara HILDEBRANDT, Leila Mariza
70	**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**	**GUZZO, Patrícia Caprini** COSTA, Marta Cocco da JAHN, Alice do Carmo COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos RESTA, Darielli Gindri SILVA, Ethel Bastos da
71	**UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO COM O FAMILIAR**	**VEDOOTTO, Denise de Oliveira** SILVA, Rosângela Marion da
72	**ADOLESCENTES EM TRATAMENTO DE**	**TIMM, Arlete Maria Brentano**

	DIÁLISE PERITONEAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA	PAULETTO, Macilene Regina BEUTER, Margrid ROSO, Camila Castro VEIGA, Sirlene Mathias GIRARDON- PERLINI, Nara Marilene Oliveira
73	**ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO FÍSICA**	**MERTINS, Simone Mathioni** LORO, Marli Maria KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat ROSANELLI, Cleci Lourdes Schmidt Piovesan GOMES, Joseila Sonego SCARTON, Juciane
74	**COMUNICAÇÃO ESTABELECIDA ENTRE ENFERMEIRA E PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**RODRIGUES, Isabela Lencina** GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira TAVARES, Juliana Petri
75	**TREINAMENTO E ATUALIZAÇÃO SOBRE LESÕES DE PELE PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)**	**Soares, Rhea Silvia de Ávila** SILVA, Dalva Cezar da CHEROBINI, Márcia Dal Bem SAUL, Alexsandra Real
76	**IDOSOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**	**DEBUS, Paula dos Santos** SANTOS, Naiana Oliveira dos BEUTER, Margrid MARTINS, Mayani Suertegaray KINALSKI, Daniela Dal Forno MARTELLO, Naiashy Vanuzi
77	**OFICINAS EDUCATIVAS COM ADOLESCENTES SOBRE DSTS/AIDS E MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**GARCIA, Sabrina dos Santos** ANDREOLA, Karine FANTINEL, Nathália Marion KOCH, Rosane Fátima MARON, Luana Carine VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco
78	**SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E O ACOMPANHAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE EM PALMEIRA DAS MISSÕES**	**KUSTER, Barbara Juliana Konig** JANTSCH, Leonardo Bigolin SILVA, Ethel Bastos da
79	**CAPACITAÇÕES DE EQUIPES DE ESFS: O QUE DIZEM OS GESTORES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**	**MATTANNA, Gabriele** BRINGMANN, Janice KRUG, Suzane Beatriz Frantz Alves, Luciane Maria Schmidt ASSUNÇÃO, Ari Nunes

80	**PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS**	**KINALSKI, Daniela Dal Forno** SANTOS, Naiana Oliveira dos BEUTER, Margrid DEBUS, Paula do Santos MARTELLO, Naiashy Vanuzi MARTINS, Mayani Suertegaray
81	**VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: PROPOSTA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE**	**DIEHL Dayane** ROSA, Susimar da Silveira, SANTOS, Charlene dos KRUG, Suzane Beatriz Frantz
82	**EUTANÁSIA E BIOÉTICA EM PEDIATRIA: ATÉ QUE PONTO PROLONGAR A VIDA?**	**QUADROS, Silveira de Jacqueline** CORDEIRO, Franciele Roberta CERVO, Zamberlan Kellen MARQUESINI, Rambo Christiani Andrea BEUTER, Margrid
83	**AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL ESCOLA**	**PORTO, Adrize Rutz** THOFEHRN, Maira Buss AMESTOY, Simone Coelho DAL PAI, Daiane JONER, Leandro Rauber
84	**CLASSE HOSPITALAR: ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR TRANSFORMANDO O CUIDADO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO**	**RODRIGUES, Ana Eliza Belizário** CASTILHOS, Lara MACHADO, Denielle de Freitas ZIANI, Marciele Monzon SOUZA, Neila Santini de
85	**PERCEPÇÃO DOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ACERCA DO SEU TRATAMENTO EM GRUPO DE APOIO**	**CASSOL, Paulo Barrozo** TERRA, Marlene Gomes MOSTARDEIRO, Sadja Cristina Tassinari de Souza
86	**REFLETINDO SOBRE O PRAZER E O SOFRIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM**	**SILVEIRA, Daiany Saldanha da** BECK, Carmem Lúcia Colomé MACHADO, Letícia Martins SILVA, Clarissa Bohrer da MACHADO, Cynthia Helena Ferreira DISSEN, Caliandra Marta
87	**PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE**	**BELTRAME, Marlize Tatsch**

	MEDICAMENTOS NA HEMATO-ONCOLOGIA: QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA AO PACIENTE	
88	**COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA DO MIDAZOLAM INTRAMUSCULAR VERSUS DIAZEPAM ENDOVENOSO PARA CONVULSÃO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**	**PORTELA, Janete de Lourdes** PIVA, Jefferson Pedro
89	**SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**	**KLEINÜBING, Raquel Einloft** SILVA, Rodrigo Marques da BENETTI, Eliane Raquel Rieth STUMM, Eniva Miladi Fernandes
90	**ATENDIMENTO A ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL EM CENTRO OBSTÉTRICO**	**CORDEIRO, Franciele Roberta** GINDRI, Mariza BEUTER, Margrid PREDEBON, Greice Roberta ROSO, Camila Castro
91	**O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE CIRURGICA: RELATO DE UMA VIVÊNCIA**	**CIELO, Cibele** MOSTARDEIRO. Sadja CristinaTassinari de Souza
92	**GUIA PRÁTICO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS: UMA ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE**	**BARATTO, Mari Angela Meneghetti** CERVO, Anamarta Sbeghen CARDOSO, Patrícia Medianeira Ferreira
93	**O NÃO-RETORNO DAS USUÁRIAS PARA BUSCAR O RESULTADO DO EXAME PAPANICOLAU**	**DORNELLES, Rochele Santana** PRATES, Lisie Alende LIPINSKI, Jussara Mendes
94	**A INCIDÊNCIA DE NASCIMENTOS EM ADOLESCENTES NO CENTRO OBSTÉTRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**	**RODRIGUES, Berenice de O.Cruz** NEVES, Karen Schmitt PANCIERA, Lurdes ROSSO, Juliele
95	**O ENFERMEIRO FRENTE AO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE: DADOS PRELIMINARES**	**SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar** CAMPONOGARA, Silviamar VIEIRO, Cibele Mello ERTHAL, Graciele PERES, Roger Rodrigues
96	**A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA**	**JAKS, Caroline Daiane Weber**

	ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA	AMOZA, Luisa Viana GALARRAGA, Sarine Fabrica FERRAZZA, Anielle SCHRADER, Greice GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi
97	**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**CANTERLE, Iraciara Ramos** NEVES, Eliane Tatsch DA SILVEIRA, Andressa
98	**VIVÊNCIA ACADÊMICA EM UM PRONTO-SOCORRO E A PROBLEMÁTICA DA SUPERLOTAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**BUBLITZ, Susan** CERON, Marinez Diniz da Silva MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza KLEINÜBING, Raquel Einloft
99	**EXPERIÊNCIAS E EXPECTATIVAS DOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS VISITAS DOMICILIARES**	**COLOMÉ, Tifany Leal** SCHIMITH, Maria Denise SEIFFERT, Margot Agathe BÚDÓ, Maria de Lourdes Denardin SIMON, Bruna Sodré GARCIA, Raquel Pötter
100	**RELAÇÃO ENTRE OS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E O PLANEJAMENTO E DESEJO PELA GRAVIDEZ EM USUÁRIAS**	**RAMOS, Aline Krüger** PEZ, Ana Paula Zimmer SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos PRATES, Lisie Alende OLIVEIRA, Mariane Amâncio de LIPINSKI, Jussara Mendes
101	**A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE EM TESES E DISSERTAÇÕES NACIONAIS**	**SARI, Vanúzia** CAMPONOGARA, Silviamar
102	**A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS AO DOENTE TERMINAL**	**MARTELLO, Naiashy Vanuzi** SANTOS, Naiana Oliveira dos GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira MARTINS, Mayani Suertegaray KINALSKI, Daniela Dal Forno DEBUS, Paula dos Santos
103	**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**	**Neves, Aline Tatsch** NEVES, Eliane Tatsch DA SILVEIRA, Andressa DOS SANTOS, Raíssa Passos

104	**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**	**TERRA, Marlene Gomes** SCHMIDT, Airton Luis GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi PADOIN, Stela Maris de Mello
105	**FAMÍLIA E ENFERMAGEM COMO BASE DE APOIO A PESSOA NO PROCESSO DE MORTE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS**	**MARTINS, Mayani Suertegaray** SANTOS, Naiana Oliveira dos GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira DEBUS, Paula dos Santos KINALSKI, Daniela Dal Forno MARTELLO, Naiashy Vanuzi
106	**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS ONCOLÓGICAS**	**OLIVEIRA, Betimeire N.B. de** LEAL, Karine Poerschke SILVEIRA, Andressa da SOCCOL, Keity Laís Siepmann NEVES, Eliane Tatsch
107	**O OLHAR DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA VIVÊNCIA FAMILIAR COM USUÁRIO DE CRACK**	**GOMES, Tais Falcão** BRUM, Dyan Jamilles Teixeira ROSSO, Laís Fuzer GARCIA, Raquel Pötter SCHIMITH, Maria Denise WEILLER, Teresinha Heck
108	**A COLETA DE DADOS DE TCC E O COMPROMISSO COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE**	**SEIFFERT, Margot Agathe** BUDÓ, Maria de Lourde Denardin GEWEHR, Melissa LEAL, Tifany Colomé
109	**FORTALECENDO A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM**	**SILVA, Marciele Moreira da** SILVA, Silvana de Oliveira EBLING, Sandra Beatris Diniz
110	**TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: A DIFICIL RELACAO ENTRE OBRIGAÇÃO E VONTADE**	**XAVIER, Mariane da Silva** SILVA, Adão Ademir da, GONÇALVES, Mariam de Oliveira, TERRA, Marlene Gomes
111	**PROBLEMATIZANDO O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO JUNTO A UM GRUPO DE HIPERDIA**	**MATOS, Greice Carvalho** AIRES, Natália Timm BARTEL, Tainã Eslabão GUANILO, Maria Elena Echevarria SILVA, Marcelo Melo OLIVEIRA, Maria José S.
112	**TUBERCULOSE COMO RISCO OCUPACIONAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**	**ROSA, Susimar Souza da** SILVEIRA, Charlene dos Santos DIEHL, Daiane KRUG, Suzane Beatriz Frantz

113	**CLINICA AMPLIADA: VIVENCIANDO A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO EM UMA UTI-RN**	**LAVICH, Claudia** COSTENARO, Regina G. Santini TROJAHN, Tatiane CALIXTO, Roseri
114	**REDE SOCIAL DE SUPORTE A PESSOA ENFERMA: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CASAS DE APOIO**	**ALMEIDA, Brenda Balk de** GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira ROSA, Bruna Vanessa Costa da
115	**CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DE GESTÃO COM ENFOQUE NA SAÚDE DO TRABALHADOR**	**RABENSCHLAG, Liange Arrua** INCHAUSPE, Juciane Aparecida Furlan SILVA, Sérgio Arthur FERREIRA, Tanise Finamor VIERO, Viviane MACHADO, Bruna Parnov
116	**REVISANDO TÉCNICAS DE CURATIVO NO SERIDÓ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**FETTERMANN, Fernanda A** PICCINI, Aline M. LIPINSKI, Jussara M.
117	**ESTRESSE PSICOLÓGICO: FOCO DE PESQUISAS NA ENFERMAGEM**	**GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani** MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza VIERO, Natieli Cavalheiro PROCHNOW, Andrea CAMPOS, Miriam Dutra de JACOBI, Caren da Silva
118	**RELATO DE EXPERIÊNCIA: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DE UMA GESTANTE ADOLESCENTE, DESAFIOS Á ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**	**OLIVEIRA, Maria José Santos** DUARTE, Giane
119	**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO USO DE CATETER VENOSO CENTRAL EM ADULTOS HOSPITALIZADOS**	**LEAL, Karine Poerschke** GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira
120	**DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DO NÚCLEO INTERDISIPLINAR DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO**	**SILVA, Silvana de Oliveira** SILVA, Marciele Moreira da EBLING, Sandra Beatris Diniz
121	**ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAUDE DA CRIANÇA MORBIDADES EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS**	**ARRUÉ, Andrea Moreira** NEVES, Eliane Tatsch PEREIRA, Fernanda Portela BUBOLTZ, Fernanda Luisa

122	**EDUCAÇÃO, CULTURA E PARTICIPAÇÃO POPULAR INTEGRADAS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**	**NASCIMENTO, Patricia Silva** BARNASCO, Edelmarson MACHADO, Aliciana Soleiman GRANDO, Maristel Kasper
123	**TEORIA DA BUROCRACIA: UMA REFLEXÃO PARA A ENFERMAGEM**	**LEAL, Adriane** PINNO, Camila SARTURI, Fernanda
124	**CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA**	**ROSA, Nitchelly Borba da** BRONDANI, Magali MARQUES, Marciane SILVA, Claudia FREITAS, Hilda M DIAZ, Claudia M. G
125	**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**ERTHAL, Graciele** CAMPONOGARA, Silviamar VIERO, Cibelle Mello TREVISAN, Clara Maria SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar
126	**CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA**	**MALDANER, Cláudia Regina** SILVEIRA, Celso Leonel PITTHAN, Luiza de Oliveira SILVA, Natalina Maria da
127	**A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL PARA PREVENIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL DURANTE A GESTAÇÃO**	**SIQUEIRA, Josimara Da Fontoura** BOGORNI, Lisiani CASTILHOS, Lara TEIXEIRA, Caren Marielle Dornelles LIPINSKI, Jussara Mendes
128	**A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO HOSPITALAR NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE**	**NOAL, Helena Carolina** SCHMIDT, Sandra Marcia Soares Silva, Rosângela Marion TREVISAN, Clara Maria
129	**VULNERABILIDADES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PARA A NÃO ADESÃO ANTIRRETROVIRAL**	**MARESSA Claudia De Marchi** SILVEIRA, Andressa da MARTINS, Elaine Lutz WILHELM, Laís Antunes PADOIN, Stela Maris de Mello
130	**CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PORTADOR DA SÍDROME DE EDWARDS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**WILHELM, Laís Antunes** LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso MARTINS, Elaine Lutz PERES, Roger Rodrigues BARRETO, Camila
131	**A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO**	**INCHAUSPE, Juciane Aparecida Furlan**

	CENTRO CIRÚRGICO	RABENSCHLAG, Liange Arrua FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva
132	**VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL: UMA PARCERIA ENTRE O SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL**	**ELY, Gabriela Zenatti** CORTES, Laura Ferreira HENRICH, Juliane FREITAS, Fernanda Franceschi de TERRA, Marlene Gomes
133	**LABIO LEPORINO E FENDA PALATINA: REALIDADE POSSÍVEL DE SER VIVENCIADA PELA CRIANÇA E FAMÍLIA**	**MACHADO, Neliza dos Santos Baggio** NUNES, Fabiane BASTOS, Roselaine SOUZA, Suélen Betanzo de Dos Santos,Taina BARBOSA, Hilda de Freitas
134	**DEPRESSÃO PUERPERAL: FATORES PREDITORES E OS IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA**	**STRECK, Mônica Tábata Heringer** LEAL, Adriane SOMAVILLA, Caterine Angélica GULARTE, Maria Helena GARCIA, Sabrina Santos CABRAL, Fernanda Beheregaray
135	**CASA DE APOIO: UM ESPAÇO DE HOSPEDAGEM E DE SUPORTE À PESSOA DOENTE E SUA FAMÍLIA**	**ROSA, Bruna Vanessa Costa da** GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira ALMEIDA, Brenda Balk de BEUTER, Margrid
136	**ASILAMENTO DO IDOSO E O CUIDADO PRESTADO NA INSTITUIÇÃO**	**SANTOS, Naiana Oliveira dos** BEUTER, Margrid GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira PREDEBON, Greice Roberta SILVA, Graciela Souza JACOBI, Caren da Silva
137	**AÇÕES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA ESCOLARES**	**GOMES, Andreza Legramanti** HAAS, Camila PILZ, Adriane Fogaça SCHOSSLER, Rodrigo André ALVES, Luciane Maria Schmidt
138	**A MAGNITUDE DAS VIVÊNCIAS NO CENÁRIO ACADÊMICO**	**FREITAS, Natiellen Quatrin** SANGOI, Thais Picolin TAVARES, Juliana Petri DISSEN, Caliandra Marta
139	**A EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO PROTAGONISTA DIANTE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES**	**SANGOI, Thais Picolin** FREITAS, Natiellen Quatrin TAVARES, Juliana Petri DISSEN, Caliandra Marta

140	**CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIA: TENDENCIAS NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA ENFERMAGEM**	**SILVEIRA, Andressa da** NEVES, Eliane Tatsch ZANON, Bruna Pase
141	**A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIÁRIA EM PUERICULTURA**	**VELASQUE, Ana Cláudia Inda** VARGAS, Ana Cláudia Soares ALBERTI, Gabriela Fávero BUBANZ, Débora Beatriz CARVALHO, Sandra Ost R. M SILVA, Silvana de Oliveira
142	**O TRABALHO EM EQUIPE E A INTEGRALIDADE: ALGUMAS PERCEPÇÕES ACADÊMICAS**	**VARGAS, Ana Cláudia Soares** ALBERTI, Gabriela Fávero SOUZA, Bruna Flores VELASQUE, Ana Cláudia Inda BUBANZ, Débora Beatriz CARVALHO, Sandra Ost R. M
143	**CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DESAFIOS E PERSPECTIVAS: REFLEXÃO**	**EINLOFT, Debora** CASSOL, Paulo Barrozo BORDIN, Ivana Caetano
144	**UMA REFLEXÃO SOBRE O GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM**	**MOTA, Luana Anhaia** PACHECO, Kátia Cilene Ferreira FETTERMANN, Fernanda Almeida DALMOLIN, Graziele de Lima
145	**COMUNICAÇÃO EFETIVA: UMA DAS METAS PARA ESTABELECER A SEGURANÇA DO PACIENTE**	**WEIS, Paola Souza Castro** SILVA, Rosângela Marion da MORAIS, Karen Cristiane Pereira de SCHMIDT, Sandra Marcia Soares NOAL, Helena Carolina GUERRA, Leonardo Rigo
146	**A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA PUERPERAL NO PERÍODO PÓS-PARTO**	**PEZ, Ana Paula Zimmer** RAMOS, Aline Krüger SALBEGO, Laurem Paz PRATES, Lisie Alende OLIVEIRA, Mariane Amâncio de LIPINSKI, Jussara Mendes
147	**PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATENDEM AS USUÁRIAS NO PRÉ-NATAL E PUÉRPERIO**	**OLIVEIRA, Mariane Amâncio de** PEZ, Ana Paula Zimmer SALBEGO, Laurem Paz PRATES, Lisie Alende DORNELLES, Rochele Santana LIPINSKI, Jussara Mendes
148	**FORMAÇÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DE NOVAS VIVÊNCIAS – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**SCHRADER, Greice** FERRAZZA, Anielle PALAGI, Sofia VIANA, Luisa A.

		GALARRAGA, Sarine F. PEREIRA, Denise B
149	**UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA COM PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE URUGUAIANA**	**PACHECO, Kátia Ferreira** MAESTRI, Eleine SOUZA, Neila Santini de
150	**INSERÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM FÓRUNS DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**FREITAG, Vera Lúcia** MARTINS, Ricardo Vianna DALMOLIN, Indiara Sartori SASSI, Marcelo Machado SARZI, Diana Mara TISOTT, Zaíra
151	**RISCO PARA PREJUÍZO DA INTEGRIDADE DA PELE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO AMBULATÓRIO DE RADIOTERAPIA**	**SANTOS, Vera Cristina Dorneles** BEUTER, Margrid CORDEIRO, Franciele Roberta DURGANTE, Vânia Lúcia RIZZATTI, Salete de Jesus Souza BRONDANI, Cecília Maria
152	**GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS NA ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DO DESENHO METODOLÓGICO**	**BORGES, Tatiane Angélica Phelipini** RODRIGUES, Carine Silveira DEUS, Luise Monteiro Lobão de BUSANELLO, Josefine SILVA, Fernanda Machado da SENHEM, Graciela Dutra
153	**TERAPIA MEDICAMENTOSA: IMPACTO NA SEGURANÇA DOS PACIENTES**	**GUERRA, Leonardo Rigo** SILVA, Rosângela Marion da SCHMIDT, Sandra Marcia Soares GRACIOLI, Jocelaine Cardoso SILVA, Joselaine Rigue da MORAIS, Karen Cristiane Pereira
154	**ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO**	**BIANCHINI, Débora Paulon** FÉLIX, Roselaine ALTMANN, Claudete A. B
155	**AÇÕES EDUCATIVAS A SUJEITOS-TRABALHADORES NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO**	**PINNO, Camila** BANDEIRA, Danieli BADKE, Marcio Rossato
156	**PESQUISA BIBLIOGRÁFICA SOBRE SAÚDE DOCENTE: DADOS PARCIAIS**	**SILVA, Natalina** LOURENSI, Cristiane Machado MAGNAGO, Tania Solange Bosi Souza
157	**PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO FERRAMENTA NA BUSCA DA EXCELÊNCIA PROFISSIONAL NO CENTRO DE MATERIAS E ESTERILIZAÇÃO**	**BORDIN, Ivana Caetano** CASSOL, Paulo Barrozo EINLOFT, Débora

158	**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS: TENDENCIAS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA**	**ZANON, Bruna Pase** SILVEIRA, Andressa da NEVES, Eliane Tatsch
159	**ATIVIDADE GRUPAL COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS EM GRUPOS OPERATIVOS**	**NARDINO, Janaine** SASSI, Marcelo Machado HILDEBRANDT, Leila Mariza LEITE, Marinês Tambara SAND, Isabel Cristina Pacheco Van der MARTINS, Ricardo Vianna
160	**O ENFOQUE DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO IDOSO**	**SILVA, Graciela Souza** BEUTER, Margrid GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira SANTOS, Naiana Oliveira dos PREDEBON, Greice Roberta CORDEIRO, Franciele Roberta
161	**O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS**	**TOLFO, Fernando** LIMA, Ana Claudia Soares de LIMA, Suzinara Beatriz Soares de PROCHNOW, Adelina Giacomelli
162	**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DAS PARTURIENTES DO CENTRO OBSTÉTRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**	**PANCIERA, Lurdes** NEVES, Karen Schmitt RODRIGUES, Berenice de O. Cruz ROSSO, Juliele
163	**REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA**	**TEIXEIRA, Arthur Alves de** HEIN, Rita Carolina Barros GALARRAGA, Fábrica Sarine PALAGI, Sofia FRANCHINI, Beatriz
164	**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO À NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**	**VICARI, Tais** FERNANDES, Marcelo NUNES da Silva
165	**CLUBE DA AMIZADE: UM ESPAÇO TERAPÊUTICO DE CONVIVÊNCIA**	**HEINRICH, Juliane** CORTES, Laura Ferreira SANTOS, Maria de Lurdes Pinheiro dos MACHADO, Katiusci Lehnhard SALVADOR, Luciane de Arruda TERRA, Marlene Gomes
166	**A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DA DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG**	**JACOBI, Caren da Silva** LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso SILVA, Rosângela Marion

		SCALCON, Camila de Brum SANTOS, Naiana Oliveira
167	**UMA INQUIETAÇÃO E ALGUMAS ABÓBORAS...: REFLEXÕES IMPORTANTES PARA O CUIDADO EM SAÚDE**	**BISOGNIN, Priscila** SCHIMITH, Maria Denise
168	**CLASSES HOSPITALARES: DIREITO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS**	**MARTINS, Elaine Lutz** LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso WILHELM, Laís Antunes PERES, Roger Rodrigues
169	**INSERÇÃO SOCIAL DE IDOSOS EM GRUPOS OPERATIVOS: A VISÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM**	**SASSI, Marcelo Machado** TAMBARA, Leite Marinês HILDEBRANDT, Leila Mariza PERDONSINI, Leila Georcelei de Brizola BORTOLI, Vanessa DALMOLIN, Indiara Sartori
170	**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE ABRIGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.**	**PILATI, Andressa Luft** BORTOLINI, Eliege RESTA, Darielli Gindri
171	**ATUAÇÃO NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO HUMANIZADO: RELATO DE VIVÊNCIA**	**ROSSATO, Karine** GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira TAVARES, Juliana Petri CHEROBINI, Márcia Dal Bem
172	**TEORIA DAS RELAÇÕES HUMANAS: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM**	**PICH, Roselene** BANDEIRA, Danieli MARON, Luana Carine MATTOS, Lilian Lopes SARTURI, Fernanda
173	**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ADRENOLEUCODISTROFIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A CERCA DA DOENÇA**	**SEVERO, Valéria Regina de Gais** ZAMBERLAN, Kellen Cervo NEVES, Eliane Tatsch LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso
174	**DILEMAS E CONFLITOS NA PERSPECTIVA DE SER MÃE PORTADORA DO HIV**	**SOMAVILLA, Caterine Angélica** BANDEIRA, Danieli PICH, Roselene BADKE, Marcio Rossato
175	**CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE ADRENOLEUCODISTROFIA (ALD)**	**SANTI, Tiago** LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso SCHARDONG, Ana Cecília VIERO, Natieli Cavalheiro

176	**A QUESTÃO DE GÊNERO MASCULINO EM ENFERMAGEM**	**SILVA, Sérgio Arthur** LIMA, Suzinara Beatriz Soares de CHAGAS, Dolores Reginato SILVA, Fernanda Stock da PRADEBON, Vânia Marta
177	**A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE OS ACIDENTES NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**	**PEREIRA, Fernanda Portela** NEVES, Eliane Tatsch ARRUÉ, Andréa Moreira
178	**A REGULAÇÃO DE EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**MACHADO, Cynthia Helena Ferreira** DIFANTE, Cledison Marcio da Silva DISSEN, Caliandra Marta DONADUZZI, Daiany Saldanha da Silveira MACHADO, Leticia Martins BECK, Carmem Lúcia Colomé
179	**EFICÁCIA DAS ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS NA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO**	**SILVA , Rodrigo Marques da** SOARES, Rhea Silvia de Ávila LANA, Letice Dalla BIRRER, Jucelaine Arend
180	**PERCEPÇÃO DAS IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE ADOECIMENTO NA VIDA SOCIAL DO PORTADOR DE TRANSTORNO BIPOLAR**	**FERNANDES, Caren Regina** MARTINS, Ricardo Vianna
181	**INTERNAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO: DESGASTE FÍSICO E EMOCIONAL IDENTIFICADOS PELOS PACIENTES**	**PROCHNOW, Andrea** SANTOS, Tuane Mendes dos MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza BECK, Carmem Lúcia Colomé GRECO, Patrícia Bittencourt Toscani CERON, Marinez Diniz da Silva
182	**APLICAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM PACIENTE DE CLÍNICA CIRÚRGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**DALLA NORA, Taís Trombetta** AMTHAUER, Camila
183	**A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UMA PESQUISA REFLEXIVA**	**MATTOS, Lilian** ASSIS, Argeu GIRARDI, Junieli

		SILVA, Ethel Bastos
184	**O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE O DESENVOLVIMENTO DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO CENTRO DE MATERIAIS**	**SOARES, Nilva Moraes** RABENSCHLAG, Liange BOVOLINI, Rafaela BATISTELA, Maristela, R
185	**DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**SILVA, Dalva Cezar da** BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin GARCIA, Raquel Pötter SILVA, Marciele Moreira da CARVALHO, Sandra Ost R. M. GEWEHR, Melissa
186	**CUIDADO PRESTADO PELO FAMILIAR AO PACIENTE NEUROLÓGICO DEPENDENTE HOSPITALIZADO SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO**	**TOLFO, Débora Vieira** PIOVESAN, Rosanelli Cleci de Lourdes Schmidt KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat LORO, Marli Maria GOMES, Joseila Sonego
187	**INSERÇÃO DA LIDERANÇA NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO**	**AMESTOY, Simone Coelho** THOFEHRN, Maira Buss TRINDADE, Letícia de Lima PORTO, Adrize Rutz PALMA, Josiane Santos
188	**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E FAMÍLIA: O CUIDADO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO**	**BANDEIRA, Danieli** PINNO, Camila BADKE, Marcio Rossato
189	**A INTERFACE SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA VISÃO DE ACADÊMICOS DA SAÚDE: DADOS PARCIAIS**	**ROSSATO, Gabriela Camponogara** CAMPONOGARA, Silviamar VIERO, Cibelle Mello PERES, Roger Rodrigues SOARES, Sabrina ERTHAL, Graciele
190	**ÚLCERA POR PRESSÃO E SEPSE: CUIDADOS NA ATENÇÃO HOSPITALAR**	**RODRIGUES, Stefano Skalski** BANDEIRA, Danieli MARON, Luana Carine SANTOS, Juliana Oliveira dos BADKE, Marcio Rossato
191	**ADOECIMENTO DOS CUIDADORES FAMILIARES: RELATOS DE UM COTIDIANO**	**ROSSO, Laís Fuzer** GARCIA, Raquel Pötter BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin SIMON, Bruna Sodré BRUM, Dyan Jamilles Teixeira LEAL, Tifany Colomé

192	**UM OLHAR SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: VISÃO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM**	**LEAL, Aline Baldissera** BUSANELLO, Rozelaine Maria SCHMIDT, Sandra Marcia Soares GUARIENTI, Adriane
193	**CUIDADOS À MULHER/FAMÍLIA EM LUTO FETAL NO ESPAÇO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**	**AMTHAUER, Camila** SAND, Isabel Cristina Pacheco Van der NORA, Taís Trombetta Dalla
194	**ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROBLEMATIZANDO A PROPOSTA JUNTO ÀS UBS`S.**	**BARTEL, Tainã Eslabão** MATOS, Greice Carvalho de AIRES, Natália Timm SILVA, Marcelo Melo OLIVEIRA, Maria José S. DAL PAI, Daiane
195	**PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS A INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS: PERSPECTIVAS DE URUGUAIANA**	**TRINDADE, Liliane Ribeiro** BORGES, Tatiane Angélica Phelipini COMIS,Verydiana Peruzzi BUSANELLO, Josefine SILVA, Fernanda Machado da SENHEM, Graciela Dutra
196	**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO A UMA PACIENTE ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**	**FERRAZZA, Anielle** JAKS, Caroline Daiane Weber VIANA, Luisa Amoza Palagi, Sofia GALARRAGA, Sarine Fábrica MUNIZ, Rosani Manfrin
197	**CLÍNICA AMPLIADA E O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA REDE HOSPITALAR: UM ESTUDO REFLEXIVO**	**MARON, Luana Carine** BANDEIRA, Danieli RODRIGUES, Stefano Skalski, BISOGNO, Silvana Bastos Cogo

MODALIDADE: NOTA PRÉVIA

Nº	TÍTULO DA NOTA PRÉVIA	AUTORES
198	**QUEDAS EM IDOSOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E DE GRANDE IMPACTO SOCIAL**	**STAMM, Bruna** LEITE, Marinês Tambara HILDEBRANDT, Leila Mariza BOTH, Juliane Elis SMANIOTTO, Rúbia Geovana BORTOLINI, Eliege
199	**O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO OESTE DO ESTADO**	**SOUZA, Neila Santini de** RODRIGUES, Ana Eliza Belizário

		NEVES, Eliane Tatsch
200	**O SUICÍDIO NA VOZ DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**	**BORTOLINI, Eliege** NARDINO, Janaine HILDBRANDT, Leila Mariza LEITE, Marinês Tambara MARTINS, Ricardo Vianna
201	**QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**	**VIERO, Natieli Cavalheiro** MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani CERON, Marinez Diniz da Silva de JACOBI, Caren da Silva
202	**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO-SOCORRO DO HUSM: NOTA PRÉVIA.**	**SCHARDONG, Ana Cecília** LIMA, Suzinara Beatriz Soares MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza CERON, Marinez Diniz da Silva PERES, Roger Rodrigues VIEIRA, Tainara Genro
203	**TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: APLICAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE**	**CERVO, Anamarta Sbeghen** MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza
204	**CONSTRUINDO UMA REDE DE APOIO À AMAMENTAÇÃO: AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA**	**PRATES, Lisie Alende** LIPINSKI, Jussara Mendes
205	**QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS MAIS IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL**	**BIASUZ, Sandra** LEITE, Marinês Tambara HILDEBRANDT, Leila Mariza GONÇALVES, Lucia Hisako Takase FALCADE, Bruna Liege

MODALIDADE: ARTIGO ORIGINAL

206	**O BRINCAR NA PEDIATRIA: RECURSO UTILIZADO NO CUIDADO**	**MENEZES, Luana Possamai** COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos BADKE, Marcio Rossato BISOGNO, Silvana Bastos Cogo

207	**RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO E FORMAS DE ADMISSÃO NO SUS: UMA REFORMA NA REFORMA?**	**FLORES, Andressa Magalhães** RIGHI, Liane Beatriz
208	**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM SANTA MARIA-RS/ BRASIL NO ANO DE 2009**	**DISSEN, Caliandra Marta** Silveira, Daiany MACHADO, Cynthia Helena Ferreira SILVA, Clarissa Bohrer da LASTA, Liliane Dalla BECK, Carmem Lúcia Colomé
209	**A ARTICULAÇÃO INTRASETORIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES**	**OLIVEIRA, Michele Dias de** MACHADO, Bruna Parnov LIMA, Suzinara Beatriz Soares de RODRIGUES, Marlene Kreutz Portela, Odete FERREIRA, Tanise Finamor
210	**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA**	**EBLING, Sandra Beatris Diniz** SILVA, Marciele Moreira da SILVA, Silvana de Oliveira

01 APERFEIÇOAMENTO EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS: RELATO DE EXTENSÃO

DEUS, Luise Monteiro Lobão de
(Acadêmica de Enfermagem do 4º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa. E-mail: luise1933@hotmail.com)

TRINDADE, Liliane Ribeiro
(Acadêmica de Enfermagem do 5º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa)
.

ROCHA, Elisiane do Nascimento da
(Acadêmica de Enfermagem do 5º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa)

BUSANELLO, Josefine
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Orientadora do trabalho)

SILVA, Fernanda Machado da
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Co-orientadora do trabalho)

SENHEM, Graciela Dutra
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Capacitação Profissional; Cicatrização de Feridas.

RESUMO: A formação profissional na área da saúde, fundamentada nas políticas públicas de saúde, preconiza uma maior articulação entre as universidades e o sistema de saúde (BRASIL, 2001). Nessa perspectiva, as atividades de extensão oportunizadas pela academia e efetivadas nos serviços de saúde, representam um espaço privilegiado para essa aproximação entre ensino e serviços de saúde. Pautada nessa premissa, o presente resumo **objetiva** relatar o projeto de extensão intitulado Curso de Aperfeiçoamento em Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas. Esse projeto foi idealizado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), com o intuito de implementar um curso de aperfeiçoamento em cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, articulando e integrando docentes, técnicos administrativos em educação e acadêmicos da Unipampa e Enfermeiros, e demais trabalhadores de Enfermagem das instituições de saúde do Município de Uruguaiana e Região. Como objetivos específicos, o referido projeto pretende: promover o conhecimento científico acerca dos cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas no âmbito acadêmico e assistencial; e estimular a autonomia do Enfermeiro no processo de cuidado de enfermagem aos portadores de feridas a partir da construção coletiva de protocolos de avaliação para feridas crônicas e agudas e protocolos de cuidados de enfermagem para feridas crônicas e agudas. Cabe destacar que o presente projeto abarca a perspectiva defendida pela Política Nacional de Extensão (2007), quando orienta que toda ação de extensão deve estar vinculada ao processo de

formação de pessoas, de geração de conhecimento e transformação da realidade, na medida em que promoverá uma aproximação entre a UNIPAMPA e as instituições de Saúde do município de Uruguaiana oferecerão subsídios técnicos e científicos aos profissionais da Enfermagem e possibilitará a transformação da prática assistencial aos indivíduos portadores de feridas, impactando na qualificação das ações de cuidado. Assim, a relevância social e científica dessa proposta está alicerçada nos seguintes aspectos: contempla políticas públicas de saúde; abarca um problema de saúde pública do município de Uruguaiana; responde a uma necessidade dos profissionais de enfermagem das instituições e saúde locais; favorece a interação entre academia e as instituições de saúde locais, consolidando parcerias e firmando espaços para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão; possibilita a qualificação da atuação dos profissionais de enfermagem no cuidado a indivíduos portadores de feridas, ao oferecer subsídios técnicos e científicos aos profissionais da Enfermagem, possibilitando a transformação da prática assistencial a essa população específica, impactando na qualificação das ações de cuidado; e favorece a aproximação dos acadêmicos com a realidade de saúde da população local. A **implementação** e **desenvolvimento** do referido curso, está sendo organizado e desenvolvido em quatro módulos. O **primeiro módulo**, intitulado Bases Teóricas para o Cuidado de Enfermagem ao Indivíduo Portador de Feridas, tem como objetivo consolidar e envolver os membros da equipe executora do projeto e o seu público alvo e resgatar os conhecimentos básicos que envolvem a situação clínica do indivíduo portador de feridas. Para este módulo estão previstos sete encontros teórico-práticos, cujos temas centrais das discussões serão: fisiologia dos tecidos e processo de cicatrização; fisiopatologia das feridas crônicas e agudas; coberturas farmacológicas para feridas. O **segundo módulo** tem como discussão central os Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo Portador de Feridas e contará com a realização de seis encontros teórico-práticos, envolvendo as seguintes temáticas: avaliação das diferentes situações clínicas que envolvem o desenvolvimento de feridas e os cuidados de enfermagem ao indivíduo portador de feridas. Para o **terceiro módulo**, Elaboração de Protocolos de Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo Portador de Feridas, as atividades propostas terão como objetivo a elaboração de protocolos que direcionem a avaliação e os cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas no âmbito hospitalar e na atenção básica. A intenção é que, tanto as enfermeiras da assistência hospitalar, quanto da atenção básica de saúde, participem de ambas as produções de protocolos, tendo em vista o resgate do processo de referencia e contra-referencia, um dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Para este módulo estão previstos nove encontros, onde serão articuladas atividades de discussões, construção e avaliação dos protocolos. Como ação resultante desse módulo, espera-se a formalização dos referidos protocolos nas unidades de serviços responsáveis pelo tratamento a indivíduos portadores de feridas, tanto no contexto hospitalar, quanto na atenção básica. Para o **quarto módulo,** que tem como objetivo a multiplicação dos conhecimentos pelos enfermeiros e acadêmicos que participarão do curso, aos demais trabalhadores da enfermagem e acadêmicos das suas instituições de origem, está prevista a organização de um Seminário Regional dos Cuidados de Enfermagem aos Indivíduos Portadores de Feridas, destinado a trabalhadores e acadêmicos de enfermagem e áreas afins. Para esse módulo estão previstos dez encontros, destinados ao desenvolvimento de ações multiplicação do conhecimento apreendido pelos enfermeiros em suas instituições de origem e às atividades de organização e implementação do Seminário Regional. Tendo em vista a complexidade epidemiológica, social e econômica que estão diretamente envolvidas nas situações clínicas dos indivíduos portadores de feridas, entende-se a necessidade da interação dialógica permear todas as ações desenvolvidas nesse projeto. Nessa perspectiva, destaca-se a importância de um enfoque coletivo, no qual se proporcione um espaço dialógico entre academia e instituições de saúde, visando à troca de experiências e conhecimentos para a construção coletiva de saberes (FREIRE,

2001), voltados para o cuidado de enfermagem aos indivíduos portadores de feridas. A avaliação do presente projeto será efetivada com base em duas perspectivas: dos participantes, em que será realizada, paralelamente ao desenvolvimento dessa proposta de extensão, uma pesquisa de campo com o objetivo de conhecer a percepção de enfermeiros em relação aos conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas; e da equipe executora, em que os membros do projeto, docentes, TAEs e os discentes envolvidos no projeto, também participaram do processo de avaliação, a partir de rodas de conversas realizadas durante as etapas de preparação e execução do curso de aperfeiçoamento. Como **resultado,** a partir da presente proposto, espera-se subsidiar estratégias para a formulação de ações de aperfeiçoamento em cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, direcionadas aos trabalhadores de enfermagem do município de Uruguaiana e região. Essa possibilidade poderá influenciar, positivamente, na atenção à saúde e resultar na qualificação do cuidado de Enfermagem, direcionadas à população portadora dessa situação clínica de saúde, na perspectiva da prevenção, tratamento e recuperação das feridas.

Referências

BRASIL. Conselho nacional de educação. Câmara de educação superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Brasília: Diário Oficial da União, 2001. Seção 1, p. 37.

BRASIL. **Política Nacional de Extensão.** Disponível em: http://porteiras.r.unipampa.edu.br/portais/proext/files/2010/07/02_Politica_Nacional_Extensao.pdf Acesso em: 25 de março de 2011.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 26 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001. 79 p.

02 CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO

MARCONATO, Cintia da Silva
(Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Pós-graduada em Enfermagem em Cuidados Intensivos Neonatal, Adulto e Pediátrico. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/ Ambulatório de Quimioterapia. E-mail: cintiamarconato@gmail.com)

GINDRI, Lucélia
(Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/ Ambulatório de Quimioterapia)

VIERO, Viviani
(Enfermeira pela UFSM. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional. Servidora do HUSM, lotada no Ambulatório de Quimioterapia)

Descritores: Enfermagem; Saúde do Idoso; Oncologia.

Introdução: A consulta de Enfermagem é uma atividade privativa do Enfermeiro, que utiliza componentes do método científico e deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de Enfermagem (COFEN, 1993), em qualquer instituição de saúde, pública ou privada. Neste momento, é possível conhecer o perfil do paciente e seu cuidador, suas dúvidas, angústias e expectativas em relação à doença e ao tratamento, delineando as estratégias de cuidado por meio de orientações e esclarecimentos. Deste modo, podem-se promover intervenções elaboradas para cada sujeito e não apenas para a doença, produzir resolutividade e qualidade assistencial e assim, evidenciar o papel do enfermeiro e gerar visibilidade no seu atuar. Com o avanço da tecnologia e da medicina, a expectativa de vida vem aumentando significativamente e como conseqüência, o número de indivíduos idosos também aumenta. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui cerca de 19 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa mais de 10% da população brasileira, sendo que estimativas indicam que esse contingente atingirá 32 milhões em 2025, fazendo com que o país seja o sexto em número de idosos no mundo. É importante salientar, como destacam Meirelles et al. (2010), que com o avanço da idade também aumenta a exposição por tempo mais prolongado a fatores de risco, que levam a predisposição a doenças crônico-degenerativas, tais o como o câncer, afetando a qualidade de vida destes indivíduos. Portanto, a população idosa tornou-se uma clientela significativa nos serviços de saúde, sendo necessário à equipe de Enfermagem adequar-se as peculiaridades destes e ao novo perfil epidemiológico o qual a população vem apresentando. Uma vez que, com o envelhecer, o paciente idoso passa a apresentar alterações físicas e cognitivas que o levam a uma maior dependência dos familiares e cuidadores, assim como, se deparam com dificuldades de comunicação e compreensão. Na atualidade, os profissionais de saúde tem o desafio de lidar com as diferentes dimensões que envolvem o processo saúde-doença, atentando não apenas para a questão fisiológica em si, mas saber trabalhar os conflitos e as dificuldades vivenciados com o chegar da idade mais avançada, assim como suas crenças e valores, levando a uma assistência resolutiva e de qualidade, na qual perceba-se que o idoso apresenta necessidades diferentes dos demais adultos, que são inerentes ao processo de envelhecimento. Em 1999 foi instituída a Política Nacional de Saúde do Idoso, com a prerrogativa de nortear a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças e a recuperação da saúde e/ou sua reabilitação. Conforme ressalta Pelegrino (2009), cerca de 70% dos idosos apresentam alguma limitação para as atividades da vida diária, cujos principais casos são problemas

osteoarticulares e déficits auditivos e visuais. Deste modo, estas alterações se mostram presentes no momento da realização da consulta de Enfermagem, exigindo maior atenção por parte do Enfermeiro com este cliente, sendo que a consulta é uma forma de acolhimento ao paciente e seu cuidador e pode contribuir para que o idoso possa viver com uma melhor qualidade de vida, à medida que conheça suas limitações e necessidades, tornando-se sujeito do seu tratamento e podendo prevenir-se de complicações que venham a surgir durante o tratamento**,** o que serve como justifica para a realização deste estudo. **Objetivos:** Ao se realizar a consulta de enfermagem no ambulatório de quimioterapia com os pacientes idosos e seus cuidadores têm-se como objetivos norteadores: 1) Oportunizar ao enfermeiro elencar diagnósticos de enfermagem baseados nas necessidades humanas básicas afetadas, estabelecendo condutas; 2) Promover a educação em saúde ofertando aos pacientes e familiares esclarecimentos pertinentes ao tratamento e 3) Efetivar o acolhimento do paciente e seus familiares observando os princípios gerais da política nacional do idoso. **Metodologia:** O presente trabalho é um relato de experiência sobre as dificuldades de compreensão do paciente idoso em relação às orientações fornecidas durante a consulta de Enfermagem, a qual é realizada antes do início do tratamento no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A consulta é baseada na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta e utiliza a taxonomia diagnóstica II da NANDA. **Resultados:** Frente aos diagnósticos de Enfermagem identificados durante a consulta realiza-se o esclarecimento de dúvidas, orienta-se sobre os efeitos colaterais do tratamento a ser instituído, definindo as ações práticas e de fácil compreensão a serem realizadas pelos pacientes, sendo estas atenuantes importantes dos efeitos indesejáveis das drogas citotóxicas. Na maioria das vezes, é difícil a interação com o paciente idoso, pois muitos apresentam déficit auditivo, visual, cognitivo, falam outro idioma e/ou dialeto, entre outras alterações comuns ao processo de envelhecimento, o que gera dificuldades na compreensão dos cuidados orientados, como o uso de medicações no domicílio, permanência de tempo necessária para a infusão das drogas e importância da continuidade do tratamento. Evidencia-se assim, a necessidade da presença de um cuidador que se responsabilize em ajudar o paciente na execução e manutenção destas orientações, pois como corrobora Pelegrino (2009, p.18) “as novas demandas para a saúde decorrentes do envelhecimento populacional requerem práticas atreladas ao trabalho com as famílias e com os cuidadores dos pacientes”. Portanto, construir um relacionamento significativo com o paciente é uma das principais funções da comunicação na assistência de Enfermagem e é dessa forma que o Enfermeiro acolhe o paciente e seus cuidadores, tornando-se agente do cuidado. O processo holístico de percepção do outro em sua totalidade é difícil de ser estabelecido, mas quando realizado com empenho propicia melhor interação entre enfermeiro-paciente efetivando a intervenção proposta. **Principais Conclusões:** A partir desta vivência, evidencia-se a necessidade dos profissionais desenvolverem formas de comunicação de fácil compreensão, individualizada e de acordo com as necessidades e realidade de cada paciente, buscando estabelecer um elo de confiança entre estes sujeitos, proporcionar uma relação de apoio durante o período do tratamento e oportunizar um cuidado integral, individualizado, humanizado e de qualidade ao paciente idoso. Além disso, destaca-se também a importância de promover a participação do cuidador responsável pelo acompanhamento deste paciente, o qual será um aliado no processo de cuidado, fornecendo o feedback sobre as orientações realizadas durante a consulta de Enfermagem e apontando as necessidades de reintervenções ou até mesmo novos planos de cuidado e encaminhamentos. Neste sentido, a consulta de Enfermagem se mostra como uma importante ferramenta na busca deste cuidado ao paciente idoso e seus cuidadores, uma vez que propicia o ambiente e os recursos adequados para a efetivação das orientações, pois por meio do diálogo, da troca de informações, de vivências e de saberes com os mesmos, que emergem as oportunidades para a efetivação do processo de educação

em saúde. Portanto, por mais que sejam encontradas algumas dificuldades peculiares de se trabalhar com o paciente idoso, a consulta de Enfermagem ainda constitui-se em um rico campo de atuação, capaz de propiciar incontáveis benefícios e agregar novos conhecimentos e valores ao cuidado do paciente idoso.

Referências:

1. BRASIL. **INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA (IBGE).** Disponível em:<http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 03 de abril de 2011.

2. BRASIL. **POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, 1994. Disponível em: <www.pge.sp.gov.br/.../dh/.../**idoso**lei8842.htm >. Acesso em: 28 de março de 2011.

3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM**. Resolução 150 de 1993**. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Brasília, 1993.

4. MEIRELLES, B. H. S. et al. **Condições asociadas à qualidade de vida dos idosos com doença crônica.** Cogitare Enferm. 2010 Jul/Set; 15(3):433-40. Disponível em: <ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/18884/12193>. Acesso em: 04 de abril de 2011.

5. PELEGRINO, P. S. **Perspectiva biopsicológica do envelhecimento.** São Paulo: Secretária Estadual da Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

03 CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇAS HEMATO-ONCOLÓGICAS: UMA CLIENTELA CRESCENTE NO AMBULATÓRIO DE QUIMIOTERAPIA DO HUSM

VIERO, Viviani
(Enfermeira pela UFSM. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/Ambulatório de Quimioterapia. E-mail: viviviero@hotmail.com)

FERREIRA, Tanise Finamor
(Enfermeira pela UFSM. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/Ambulatório de Quimioterapia.)

GEBERT, Lenir
(Enfermeira. Pós-graduada em Saúde do Adulto/UFRGS e Licenciatura pelo Instituto Osvaldo Cruz. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/ Ambulatório de Quimioterapia.).

GINDRI, Lucélia
(Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/ Ambulatório de Quimioterapia.).

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
(Enfª Profª Drª Docente da UFSM e vice-diretora de Enfermagem do HUSM.).

MARCONATO, Cintia da Silva
(Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Pós-graduada em Enfermagem em Cuidados Intensivos Neonatal, Adulto e Pediátrico. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/ Ambulatório de Quimioterapia.).

Descritores: Enfermagem; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Oncologia.

Introdução: O câncer é, ainda na atualidade, uma doença estigmatizante, cercada de tabus e geradora de sofrimento, tanto físico quanto emocional, aos seus portadores e cuidadores, apesar dos inúmeros avanços e progressos que vem acontecendo na área. De acordo com Landskron (2008), o câncer é considerado um dos principais males que assolam a humanidade nos dias atuais, não discriminando sexo, idade ou classe social e atingindo tanto países desenvolvidos como os países em desenvolvimento. Assim, todo ano, surgem novos casos da doença em crianças, adolescentes, adultos e idosos, que enfrentam o tratamento repleto de procedimentos invasivos, na maioria das vezes dolorosos, com efeitos colaterais que geram desconforto físico, assim como sentimentos de medo, angústia, depressão, raiva, entre outros, mas que trazem a possibilidade de cura e controle da progressão da doença e seus sintomas. Conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), com base em referências dos registros de base populacional, são estimados mais de 9000 casos novos de câncer infanto-juvenil, no Brasil, por ano. Assim como em países desenvolvidos, no Brasil, o câncer já representa a segunda causa de mortalidade proporcional entre crianças e adolescentes de 1 a 19 anos, para todas as regiões. No entanto, como a primeira causa de mortalidade são aquelas relacionadas aos acidentes e à violência, é possível afirmar que o câncer é a primeira causa de mortes por doença, após 1 ano de idade, até o final da adolescência. Frente a estes dados, percebe-se que crianças e adolescentes são uma clientela cada vez mais expressiva nos centros de tratamento hemato-oncológicos, demandando aos profissionais que os atendem um cuidado diferenciado, qualificado, integral e inclusivo, que estimule o vínculo entre profissional, paciente e familiar cuidador. **Objetivos:** Neste sentido, objetivou-se com o trabalho investigar o número de crianças e adolescentes atendidos no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), nos anos de 2009 e 2010, assim como, quais os diagnósticos de doenças hemato-

oncológicas que se apresentaram mais freqüentes neste período. **Metodologia:** O presente estudo se trata de uma pesquisa documental, quantitativa, do tipo descritiva, realizada no caderno de registros de pacientes pediátricos e adolescentes do Ambulatório de Quimioterapia do HUSM. Buscou-se os casos novos de doenças hemato-oncológicas presentes no período de 2009 e 2010, considerando a faixa etária de 0 a 18 anos. Os dados foram organizados em tabelas com o programa Excel e por ser uma pesquisa documental não necessitou aprovação pelo Comitê de Ética, apenas a autorização da chefia imediata do serviço. **Resultados:** Com base nos dados coletados, verificou-se que no ano de 2009 foram registrados 31 pacientes novos, sendo a faixa etária mais prevalente a de 9 a 11 anos, representada por 32,25% dos casos, seguida pela faixa etária de 3 a 5 anos, com 19,35% dos casos. Quanto aos diagnósticos, as leucemias ocuparam o primeiro lugar, com 41,93% dos casos, estando a Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) responsável por 35,48% destes e a Leucemia Mielocítica Aguda (LMA) por 6,45%. Em seguida, aparecem os linfomas com 16,12% dos casos (Linfoma de Hodgkin e Linfoma Linfoblástico responsáveis por 6,45% cada e Linfoma de Burkitt por 3,22%) empatados em segundo lugar com a Púrpura Trompocitopênica Idiopática (PTI), também representada por 16,12%. Em terceiro lugar aparece o Tumor de Wilms com 9,67% e, em quarto lugar, o Tumor de Ewing, Tumor de nasofaringe, Tumor de células germinativas, Aplasia de Medula e Anemia Falciforme, com um caso registrado de cada patologia, ou seja, 3,22% dos casos cada. Já no ano de 2010, foram registrados 30 pacientes novos, sendo a faixa etária com maior representatividade a de 3 a 5 anos, com 43,33% dos casos, seguida pelas faixas etárias dos 0 aos 2 anos e dos 6 aos 8 anos, ambas com 16,66% casos do total. O diagnóstico mais freqüente foi o de leucemia com 63,33%, destes a LLA com 53,33% dos casos registrados, seguida pela LMA com 6,66% e após Leucemia Bifenotípica com 3,33%. Em segundo lugar apareceram os linfomas com 13,33% dos casos, dos quais metade representada pelo Linfoma de Hodgkin e a metade restante pelo Linfoma de Burkitt, ambos com 6,66%. Já ocupando o terceiro lugar está a PTI e o Tumor de Wilms, responsáveis por 6,66% dos casos cada e em quarto lugar ficaram Osteossarcoma, Neuroblastoma e Tumor Teratóide Rabdóide atípico de Sistema Nervoso Central (SNC), com um caso cada, isto é, 3,33% do total. Ao ser realizada uma comparação entre as faixas etárias, separando-se crianças de adolescentes, conforme o que preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, Livro I, Título I, Art. 2º, pelo qual considera-se criança a pessoa até doze anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade, foi possível verificar que no ano de 2009 foram registradas 22 crianças (70,9% da amostra) e 9 adolescentes (29% da amostra), sendo que o diagnóstico mais freqüente nas crianças foi a LLA com 40,9 % e nos adolescentes foram a LLA, PTI e Linfoma Linfoblástico, todos com 22,22% dos casos cada. No ano de 2010, foram registradas 27 crianças (90% da amostra) e 3 adolescentes (10% da amostra), sendo que o diagnóstico mais prevalente nas crianças também foi a LLA com 55,55% dos casos e nos adolescentes não houve um diagnóstico mais significativo numericamente, aparecendo Linfoma de Hodgkin, LLA e LMA, com 33,33% cada. Outra informação relevante em relação aos diagnósticos encontrados é que no ano de 2009 foram registrados um total 12 diagnósticos distintos e em 2010 apenas 10, sendo que os diagnósticos em comum foram o Linfoma de Hodgkin, LLA, PTI, LMA, Tumor de Wilms e Linfoma de Burkitt. Conforme os dados, constatou-se que a LLA foi a doença hemato-oncológica com representação mais significativa em ambos os anos, principalmente nas crianças. Este dado vai de encontro ao que refere a literatura pesquisada, já que conforme a Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale, 2011), a leucemia é a doença maligna mais comum na infância, correspondendo aproximadamente a 30% dos casos de câncer da criança. Ressaltam ainda que 85% das leucemias em crianças são da forma linfóide aguda (LLA), 10% mielóide aguda (LMA) e 5% mielóide crônica (LMC), sendo que as leucemias linfóides crônicas (LLC) não se manifestam na faixa pediátrica. Corroborando com estas informações, o INCA (2011) aborda que no mundo, as leucemias são os tipos de cânceres que mais acometem crianças e adolescentes. Nos países desenvolvidos, os tumores de SNC aparecem em segundo lugar, seguido pelos linfomas, mas quando se trata de países em desenvolvimento essa ordem se inverte. Nos dados coletados os linfomas apareceram em segundo lugar, sendo

representados principalmente pelo Linfoma de Hodgkin. Já em relação aos tumores de SNC foi registrado apenas um caso no período da pesquisa, informação esta que vai de desencontro ao que sugerem as estatísticas apresentadas anteriormente, nas quais este tipo de doença é uma das mais freqüentes na faixa etária pediátrica. Entretanto, o INCA reporta que também acometem comumente crianças e adolescentes o Neuroblastoma, Tumor de Wilms, Retinoblastoma, Tumor germinativo, Osteossarcoma e Sarcomas, sendo que a maioria destas patologias foram encontrados nos registros, com exceção do Retinoblastoma e Sarcoma. Outra patologia que apareceu com relativa significância foi a PTI, a qual é um distúrbio hematológico, auto-imune, não neoplásico, bastante comum em crianças, que também necessita de atendimento ambulatorial para administração de medicações endovenosas diversas.
Principais conclusões: A partir dos resultados obtidos evidenciou-se um maior número de ocorrências de doenças hemato-oncológicas entre crianças menores de 12 anos de idade, atendidas no Ambulatório de Quimioterapia do HUSM, nas quais a LLA é a grande responsável pela maioria dos casos. Já, o número de adolescentes atendidos no mesmo período foi relativamente baixo ao ser comparado com a quantidade de crianças e, portanto, não foi possível concluir claramente qual doença hemato-oncológica mais significativa nesta faixa etária, aparecendo casos de leucemias, linfomas e PTI. Vale ressaltar que esta pesquisa não abrange todos os pacientes pediátricos e adolescentes atendidos pela hemato-oncologia do HUSM, uma vez que, por se tratar de registros feitos no Ambulatório de Quimioterapia, esta envolve apenas os pacientes atendidos ambulatorialmente, isto é, aqueles em que alguma fase do tratamento recebem cuidados e medicações que não necessitam de internação, o que é decidido por critério médico e dependente do tipo de patologia que os acomete. Por fim, com o desenvolvimento deste trabalho foi possível perceber que crianças e adolescentes com doenças hemato-oncológicas são uma clientela cada vez mais presente no cotidiano da Enfermagem ambulatorial, e que, apesar do caráter doloroso e desgastante do tratamento, existem grandes chances de cura e aumento da sobrevida. Assim, a Enfermagem adquire um papel fundamental, que não consiste apenas em atender as necessidades básicas dos pacientes, mas visa proporcionar uma melhor qualidade de vida, buscando principalmente minimizar seqüelas e riscos e manter a integridade física e emocional dos mesmos, por intermédio de uma assistência mais humanizada, segura e comprometida.

Referências

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (Abrale). Disponível em:<www.abrale.org.br>. Acesso em: 05 de abril de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.** Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Santa Maria, RS: Pallotti, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA).** Disponível em: <http:www.inca.gov.br>. Acesso em: 15 de março de 2011.

LANDSKRON, L. M. F. **Psicooncologia: as descobertas sobre câncer ao longo da história.** IN: SILVA, M. R.; PARAIBA, M. (Coord.). Câncer: uma abordagem psicológica**.** Porto Alegre, RS: AGE, 2008, p. 11-31.

04 INCIDÊNCIA DO CÂNCER EM PACIENTES IDOSOS

GINDRI, Lucélia
(Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/ Ambulatório de Quimioterapia. E-mail: lu_gindri@yahoo.com.br)

MARCONATO, Cintia da Silva
(Enfermeira pelo Centro Universitário Franciscano. Pós-graduada em Enfermagem em Cuidados Intensivos Neonatal, Adulto e Pediátrico. Servidora técnica administrativa da UFSM, lotada no HUSM/ Ambulatório de Quimioterapia.)

VIERO, Viviani
(Enfermeira pela UFSM. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional. Servidora da UFSM, lotada no HUSM/Ambulatório de Quimioterapia.)

Descritores: Enfermagem; Saúde do Idoso; Oncologia.

Introdução: Conforme o Instituto Nacional do Câncer (lNCA, 2011), a incidência do câncer cresce no Brasil e no mundo num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional, decorrente do aumento da expectativa de vida. Os novos indicadores sociais divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011) apontam que as neoplasias ganharam importância crescente no perfil de mortalidade, ocupando no Brasil o segundo lugar como causa de óbito. Esta mudança é devida ao envelhecimento da população, pois de acordo com o IBGE, no período entre 1999 e 2008, o brasileiro ganhou, em média, três anos a mais de vida e a expectativa de vida atual é de 73,5 anos. De acordo com Visentin e Lenardt (2010), a oncologia e o envelhecimento relacionam-se de forma direta, assim, o número de casos de câncer aumenta proporcionalmente à idade, ou seja, quanto mais a população se torna envelhecida, a tendência no crescimento do número de casos de câncer se confirma. Ressaltam ainda que o câncer produz enorme impacto na geriatria e gerontologia de todo o mundo e vivenciar essa realidade implica repensar os cuidados e implementar novas estratégias que visem o melhor atendimento a essa parcela da população. Deste modo, verifica-se um aumento da incidência de casos de câncer na população idosa, o que é confirmado por dados do INCA (2011) ao relatar que no Brasil 70% dos diagnósticos de câncer ocorrem em indivíduos acima de 60 anos, sendo que, deste universo, aproximadamente 60% tem mais de 70 anos. Portanto, frente a estas informações, percebe-se o idoso como uma clientela cada vez mais presente nos centros de tratamento oncológico, a qual merece um olhar especial por parte das políticas de saúde pública, com vistas a promover a detecção precoce e ofertar serviços de qualidade. Além disso, conforme o Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, Título II, Dos direitos Fundamentais, Capítulo IV, Do Direito à Saúde, Art. 15, é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, inclusive a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. **Objetivos:** Em vista disto, realizou-se um estudo, tendo como objetivo investigar os tipos de câncer de maior incidência nos pacientes a partir dos 60 anos de idade, atendidos no Ambulatório de Quimioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). **Metodologia:** O presente estudo se trata de uma pesquisa documental, quantitativa, do tipo descritiva, realizada no caderno de registros de pacientes novos deste serviço, abrangendo o período de janeiro a outubro de 2010. Assim, buscou-se pacientes a partir de 60 anos com diagnóstico de câncer, que iniciaram tratamento quimioterápico no referido período. Os dados foram organizados em tabelas com o programa Excel e por ser uma pesquisa documental não necessitou aprovação pelo Comitê de Ética, apenas a autorização da chefia imediata do serviço. **Resultados:** Foram encontrados 169 pacientes, destes 96 do

sexo masculino e 73 do sexo feminino. Os dados foram analisados em forma de gráficos, dos quais foi possível detectar que na população feminina o câncer de maior incidência foi o de mama (30,13%), seguido pelo câncer de intestino (19,17%) e pâncreas (10,95%). Já na população masculina, o câncer de maior incidência foi o de próstata (33,33%), seguido pelo câncer de pulmão (14,58%) e de cabeça e pescoço (13,54%). Ao confrontar com a literatura existente, constatou-se que o câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano, mas se diagnosticado e tratado oportunamente, tem um prognóstico relativamente bom (INCA, 2011). Machado et al. (2009) complementam afirmando que o câncer de mama é um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, sendo em termos epidemiológicos, o tumor de maior incidência em vários países, dentre os quais, o Brasil, onde a doença é responsável por 14,2% do total de 15,1% de mortes por neoplasias em mulheres. Apontam ainda que em 70% dos casos ocorre em mulheres com mais de 50 anos de idade. Já a neoplasia de próstata no Brasil, é a segunda mais comum entre os homens, sendo considerada um câncer da terceira idade, pois cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. Em valores absolutos, é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente em homens, representando cerca de 10% do total de cânceres. Sua taxa de incidência é cerca de seis vezes maior nos países desenvolvidos em comparação aos países em desenvolvimento (INCA, 2011). O número de pacientes idosos com câncer encontrados pode ser considerado relativamente alto, o que confirma o aumento de casos referido pelas estatísticas em oncologia. Isto também ratifica o pressuposto de que com o envelhecimento aumente a suscetibilidade à neoplasias, pois conforme refere Soares (2005) estes pacientes são mais propensos devido a exposição prolongada aos cancerígenos, instabilidade genética, dificuldade em reparar o DNA e alterações da imunocompetência. Corroborando com esta idéia, Visentin e Lenardt (2010) mencionam que o processo de envelhecimento repercute em inúmeras modificações que acontecem na saúde, em especial as chamadas doenças crônicas não-transmissíveis, entre elas o câncer. **Principais conclusões:** Este estudo contribuiu para confirmar a relação existente entre o envelhecimento e a maior incidência de neoplasias. Também foi possível detectar que a neoplasia mais freqüente nas mulheres idosas foi o câncer de mama e nos homens idosos o câncer de próstata, dados estes que coincidiram com as estatísticas atuais pesquisadas para o Brasil e para o mundo. No entanto, ressalta-se a importância de novos estudos acerca do assunto, pois não foram encontradas muitas literaturas específicas sobre o idoso com câncer. Deste modo, destaca-se a relevância de novas pesquisas, que venham a contribuir para o cuidado de Enfermagem ao paciente oncológico idoso, com vistas a melhor atender estes, seja por meio da assistência direta e/ou ações de educação em saúde, com esclarecimento sobre exames preventivos, doenças e acesso aos serviços para tratamento. Por fim, ressalta-se que o idoso com câncer tem o direito de receber uma assistência humanizada, individualizada e integral, que atenda as suas necessidades como um todo e respeite as peculiaridades características da sua faixa etária, objetivando assim, proporcionar uma melhor qualidade de vida e amenizar o sofrimento e a dor, muitas vezes presentes ao se enfrentar uma doença oncológica.

Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ESTATUTO DO IDOSO.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 28 de março de 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)**. Disponível em: <http:www.inca.gov.br>. Acesso em: 01 de abril de 2011.

BRASIL. **INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA (IBGE).** Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/home/>. Acesso em: 03 de abril de 2011.

SOARES, W.E.N**. Câncer no idoso-O que há de novo?** Rev. Prática Hospitalar, Ano VII, número 39, maio/junho, 2005.

VISENTIN, A; LENARDT, M. H. **O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer.** Acta paul. enferm. [online]. 2010, vol.23, n.4, pp. 486-492. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v23n4/07.pdf>. Acesso em: 25 de março de 2011.

05 PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ENFERMAGEM ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS

ROCHA, Elisiane do Nascimento da
(Acadêmica de Enfermagem do 5º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa. E-mail: elisianerocha2011@hotmail.com)

COMIS,Verydiana Peruzzi
(Acadêmica de Enfermagem do 4º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa)

RODRIGUES, Carine Silveira
(Acadêmica de Enfermagem do 7º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa)

BUSANELLO, Josefine
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Co-orietadora do trabalho)

SILVA, Fernanda Machado da
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Orientadora do trabalho)

SENHEM, Graciela Dutra
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Cicatrização de Feridas; Curativos.

Introdução : De acordo com o Ministério da Saúde, no Brasil a população acometida por feridas constitui um grande contingente, sendo considerado um problema de saúde pública. Os índices de indivíduos portadores de feridas estão associados, frequentemente, a algumas situações clínicas tais como hipertensão, diabetes mellitus, outras doenças crônicas e aos traumas, as quais representam as principais etiologias do comprometimento da integridade da pele (BRASIL, 2002). Na perspectiva da assistência a essa população, o enfermeiro e demais profissionais da enfermagem, estão diretamente envolvidos no acompanhamento desses indivíduos tanto na atenção básica quanto no contexto hospitalar (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2002). A presente revisão integrativa teve como objetivo identificar a produção científica da Enfermagem acerca dos cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. Este estudo faz parte das ações desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem aos Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), fundado em janeiro de 2011, por docentes e discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana. O NECEF foi idealizado com o intuito de desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão voltadas para cuidados de enfermagem aos indivíduos portadores de feridas, articulando a comunidade acadêmica com os profissionais da equipe de enfermagem das instituições de saúde do Município de Uruguaiana e Região. Visualiza-se a pertinência das atividades do NECEF, pois contemplam às necessidades de saúde do contexto local, no que se refere à demanda de atendimento a indivíduos portadores de feridas, e na

necessidade de dados epidemiológicos atualizados referentes a essa população específica. Dessa forma, a relevância social e científica do presente estudo está alicerçada na possibilidade de produção do conhecimento acerca da temática em questão. Na operacionalização dessa revisão, utilizaram-se as seguintes etapas: definição da questão norteadora; busca dos estudos; seleção dos estudos; avaliação criteriosa dos estudos; coleta de dados; e síntese e análise dos dados (MENEZESS; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O levantamento bibliográfico referente ao tema foi realizado no mês de fevereiro de 2011, em todas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, sem delimitação do período de publicação e utilizando-se os seguintes descritores: *cicatrização de feridas; enfermagem; curativos; cuidados de enfermagem.* Foram encontradas 2063 publicações científicas. A partir da leitura exploratória dos resumos desses materiais bibliográficos encontrados, foram selecionadas 434 publicações, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: apresentar resumo e abordar o cuidado de enfermagem na temática pesquisada. Após a seleção dos estudos, foi realizada avaliação criteriosa dos resumos, com intuito de coletar dados, a partir de um instrumento contendo as seguintes questões: número aleatório; base de dados; ano de publicação; periódico; idioma; pais; tipo de produção; tipo de estudo; sujeitos; cenário investigativo; e área temática. Salienta-se que os procedimentos de coleta, de seleção dos artigos e de fichamento dos dados, foram realizados por dois autores e, posteriormente, os dados foram comparados, buscando verificar a regularidade dos achados. Para síntese dos dados, foi utilizada a distribuição de frequência, a partir do Software SPSS 13.0 - *Statistical Package for the Social Sciences*. A amostra de estudos da presente revisão integrativa foi composta por 434 publicações científicas. Destas publicações, mais de 80% estavam indexadas na base de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Outras bases de dados também apresentaram resultados para a presente pesquisa: Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS). Em relação ao tipo de publicação, mais de 95% dos estudos analisados são artigos científicos. Em relação ao ano de publicação, observa-se que o intervalo com maior número de produções científicas acerca do tema em questão, foi entre 2001 a 2005. Foram encontradas publicações a partir de 1987, com destaque para o ano de 2004 com 45 estudos publicados. Ainda em relação ao ano de publicação, a partir de 2008, constata-se uma diminuição no número de produções científicas publicadas sobre a temática da presente revisão. Em relação ao periódico dos estudos analisados, evidencia-se que os mesmos são de abrangência internacional. Os periódicos com maior número de publicação, foram Br J Nurs; J Wound Care; e Nurs Stand. Apenas um periódico brasileiro apres0entou mais de dez publicações acerca da temática em questão. Além desse, outros dados sinalizam a incipiência de pesquisas científicas acerca dos cuidados de Enfermagem a indivíduos portadores de feridas em âmbito nacional, tal como o país de origem do autor principal. Nesse sentido, observa-se que, das publicações analisadas, menos de 10% dos estudos eram autores brasileiros. Ainda em relação à nacionalidade do autor principal, mais da metade dos estudos eram de origem britânica. Essa mesma tendência é constatada em relação ao idioma em que são publicados os estudos. Mais de 80% das produções científicas são de idioma inglês. No que se referem aos desenhos metodológicos dos estudos, alguns aspectos importantes foram identificados. Em relação à abordagem utilizada, evidenciou-se predomínio de estudos qualitativos (70%). Considerando os cenários investigativos, observa-se que mais de 60% dos estudos analisados foram desenvolvidos no âmbito hospitalar. Constata-se que em mais de 40% dos estudos a população alvo dos estudos foram os pacientes/clientes portadores de feridas. Os profissionais da enfermagem foram enfocados em quase um quarto das produções científicas, sendo que estudos associando esses profissionais e os pacientes/clientes portadores de feridas, ainda são incipientes. Analisando a área temática dos estudos analisados, evidencia-se que mais de um quarto abordaram úlceras venosa/arterial. Visualiza-se que o interesse em investigar

esse tipo de ferida pode estar relacionado ao alto índice de incidência dessas lesões, somando-se ao fato de estarem associadas, etiologicamente, a situações clínicas de grande prevalência na população mundial, tais como hipertensão e diabetes mellitus. Observa-se que as coberturas farmacológicas também se configuram como uma área temática de interesse dos enfermeiros. A partir da presente proposta de pesquisa espera-se que os dados e resultados revelados possam subsidiar estratégias para a formulação de ações de aperfeiçoamento em cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, direcionadas aos trabalhadores de enfermagem do Município de Uruguaiana, além de direcionar outras propostas de pesquisa voltadas para a população local. Essa possibilidade poderá influenciar positivamente na atenção à saúde e resultar na qualificação do cuidado de Enfermagem, na perspectiva da prevenção, tratamento e recuperação das feridas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FERREIRA, A.M.; BOGAMIL, D.D.D.; TORMENA, P.C**. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado**. Arq Ciênc Saúde 2008 jul-set;15(3):105-9.

MENEZESS, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-64.

06 A IMPORTÂNCIA DAS DISCIPLINAS COMPLEMENTARES DE GRADUAÇÃO NA ÓPTICA DOS GRADUANDOS EM ENFERMAGEM

BRUM, Dyan Jamilles Teixeira
(Acadêmica do 3ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista do Programa de Ensino Tutorial (PET)/Enfermagem/UFSM. E-mail: jamillesenf@gmail.com)

ROSSO, Laís Fuzer
(Acadêmica do 3ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Cientifica (PIBIC)/CNPq)

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin Budó
(Professora Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM.)

GARCIA, Raquel Pötter
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PPGEnf da UFSM.)

SIMON, Bruna Sodré
(Acadêmica do 8ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE)/UFSM 2011)

Descritores: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Ensino; Educação superior.

Introdução: O processo de formação acadêmica nos cursos da saúde vem sofrendo alterações no decorrer dos tempos, a fim de se adequar as necessidades sociais dos serviços e do Sistema Único de Saúde (SUS), além de proporcionar uma assistência com integralidade, qualidade e equidade (BRASIL, 2001). A Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 no seu Art. 6 º traz que os conteúdos abordados durante o Curso de Graduação em Enfermagem necessitam envolver o processo de saúde e doença tanto de forma individual como coletiva, articulando-se com as evidências epidemiológicas e profissionais, no desenvolvimento do cuidado em enfermagem (BRASIL, 2001). Nesta perspectiva, o currículo da graduação dispõe de disciplinas obrigatórias e algumas Disciplinas Complementares de Graduação (DCGs), as quais atuam conjuntamente para atender as premissas das diretrizes curriculares. De modo geral todas as DCGs estudadas desde o primeiro semestre da graduação tem grande relevância, posto que contribuem para a formação acadêmica e, também complementam de maneira eficaz as demais disciplinas, muitas vezes abordando assuntos que poderiam ficar omitidos no decorrer do processo de formação profissional. Dentre essas, a DCG de organização dos serviços de saúde tem grande importância na formação em enfermagem, uma vez que o enfermeiro necessita conhecer como o sistema de saúde se estabelece e se organiza. Portanto, faz-se necessário uma compreensão de como articular a gestão nos serviços de saúde para que essa possa atender de uma maneira satisfatória a população. **Objetivo:** O presente trabalho pretende relatar a experiência sobre as aulas da DCG "Seminário de Integração: Enfermagem na Organização dos Serviços de Saúde", com ênfase na sua importância acadêmica. **Metodologia:** Este relato de experiência é resultante de atividades educativas desenvolvidas com discentes do segundo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na DCG "Seminário de Integração: Enfermagem na Organização dos Serviços de Saúde", a qual foi ministrada no segundo semestre de 2010, com encontros semanais,

totalizando quinze horas/aula. Durante esses encontros foi proposta uma divisão dos alunos, em trios, para leitura de artigos selecionados previamente pela docente, ficando cada grupo responsável para discutir em aula e apresentá-los em forma de seminários que ocorreram da seguinte forma: na primeira aula o trio fazia a apresentação do artigo proposto; na aula seguinte, o mesmo trio deveria levar outro artigo que se relacionasse ao eixo temático do texto disponibilizado pela docente, a fim de aprofundar a leitura do assunto. Nos textos foram trabalhados assuntos como: saúde coletiva, vulnerabilidade, sistemas comparados de saúde, comunicação e participação em saúde, público e privado, Florence Nightingale, instrumentos básicos de enfermagem: observação, entrevista, criatividade, comunicação, trabalho em equipe. Todos os acadêmicos deveriam ler previamente o artigo que seria ministrado pelo trio de alunos na próxima aula, posto que a docente responsável pela disciplina faria um sorteio aleatório selecionando três graduandos que iriam expor seus questionamentos e ideias referentes ao texto. Os sorteios ocorreram de acordo com o número da chamada dos discentes, sendo colocados todos em pequenos papéis e então sorteados posteriormente a cada apresentação de um grupo. **Resultados e discussão:** A DCG já referida proporcionou aos acadêmicos um amplo debate em sala de aula sobre os eixos temáticos distribuídos, visto que foi fundamental o entendimento dos artigos propostos. Percebeu-se uma grande variedade de pontos de vista, uma vez que cada aluno fez uma leitura diferenciada dos artigos, e assim desenvolveu sua opinião acerca do assunto. Essa didática proposta pela docente condiz com Paulo Freire (1999), o qual nomeia essa atividade como círculos de cultura, que possibilitam um espaço em que todos envolvidos possuem o direito de relatar suas experiências, visando à troca coletiva de conhecimentos tanto práticos como teóricos. Ressalta-se, que para ocorrer um debate foi necessário estimular a fala dos acadêmicos e por isso utilizou-se sorteio aleatório, a fim de que todos pudessem interagir durante a aula. Estes sorteios trouxeram certo temor aos acadêmicos, pois o artigo deveria ser lido, para após, sua opinião ser exposta perante à turma, e muitos tinham receio de falar em público, mesmo na turma pequena em que todos se conheciam. Estudos revelam que o medo de falar em público pode interferir no trabalho, vida social e processo de educação, ou causar um sofrimento acentuado (D'EL REY e PACINI, 2005). Apesar disso, essa atividade auxiliou para o desenvolvimento da comunicação entre grande parte dos alunos, os quais interagiram com maior facilidade e demonstraram atitude frente o desafio apresentado, além de possibilitar que as aulas se tornassem dinâmicas e reflexivas, visto que cada um buscou defender e mostrar sua opinião aos demais. Além disso, os artigos disponibilizados proporcionaram discussões interdisciplinares, pois envolveram temáticas referentes a outras áreas que não somente a da saúde. Um exemplo disso foi um artigo relacionado à história, que abordava a saúde no contexto do capitalismo e socialismo, trazendo idéias do setor público e privado em ambas as visões políticas ideológicas; outro exemplo refere-se a um artigo de relações públicas que trazia a importância do saber comunicar-se na área da saúde. Como pode-se visualizar diversas temáticas foram trabalhadas e discutidas durante as aulas da DCG, as quais colaboraram para os acadêmicos desenvolverem uma visão ampla acerca de diversos assuntos. Com isso, ressalta-se a relevância de visualizar a saúde como uma área que necessita da integração de diversos saberes, os quais interatuam conjuntamente buscando o bem estar dos indivíduos, bem como a resolução dos seus problemas. Essa disciplina permitiu também o aperfeiçoamento do conhecimento dos graduandos, estimulando-os para a busca de referenciais relevantes para a enfermagem, ampliando o conhecimento e o olhar sobre como produzir saúde nas mais diferentes realidades, indo além dos debates, esclarecendo dúvidas e buscando soluções. Desse modo, compreende-se o caráter fundamental dessa disciplina no currículo. **Conclusão:** A DCG proporcionou aos graduandos de enfermagem uma visão diferenciada acerca de assuntos relevantes para a formação profissional, pois se conseguiu compreender a diversidade de temas que estão intimamente relacionados com a

saúde. Além disso, os debates alcançaram patamares além da proposta inicial de leitura feita pela docente, colaborando para discussões, reflexões e construções conjuntas do conhecimento. Ressalta-se o fundamental desenvolvimento desta disciplina no currículo do curso de Enfermagem, posto que ambos, tanto o curso como o seu aluno, desenvolverão, com isso, um satisfatório crescimento, o qual poderá colaborar para as mudanças propostas nas diretrizes curriculares. Destaca-se também a relevância dessa disciplina complementar à disciplina de Saúde coletiva II, pois as temáticas abordadas são mais bem trabalhadas e isso reflete na formação de profissionais qualificados e com uma visão ampliada da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da educação. Diretrizes Curriculares - Cursos de Graduação. Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Medo de falar em público em uma amostra da população: prevalência, impacto no funcionamento pessoal e tratamento. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2005, v.21, n.2, p. 237-242. ISSN 0102-3772. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n2/a14v21n2.pdf.

FREIRE, Paulo. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: Brandão CR, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 1999. p. 34-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/15.pdf.

07 CONVERSANDO SOBRE CÂNCER COM ADOLESCENTES: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS

SANTOS, Mileni dos
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS
milenidsantos@hotmail.com)

STRECK, Mônica Tabata Hering
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

SCHWENING, Monique Depiere
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

ROMANSIN, Débora Quezia de Oliveira
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

RESTA, Darielli Gindri
(Enfermeira, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem UFSM/CESNORS. Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS)

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos
(Enfermeira, Professora Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem UFSM/CESNORS. Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS)

Descritores: Saúde do Adolescente; Educação em Saúde; Câncer.

Introdução: Este trabalho é um relato de experiência com grupos de adolescentes do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), durante o estágio supervisionado da disciplina Cuidado à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança, do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. A educação em saúde vem se apropriando de conteúdos teóricos que ultrapassam a noção determinística do saber técnico, buscando o empoderamento dos sujeitos por meio da promoção da saúde. Este movimento permite instigar os indivíduos a refletirem sobre seu processo de saúde e doença com a finalidade de estimular sua autonomia (GAZZINELLI et al, 2005). As ações educativas em saúde na modalidade de grupos pautam-se em dinâmicas dialógicas, estratégicas, participativas, que proporcionem uma interação entre mediador e participante. Esta estratégia de trabalho pode ser abordada nas diversas faixas etárias como mulheres, homens, idosos, adolescentes e crianças, além de grupos específicos como diabéticos, hipertensos, saúde mental, gestante, entre outros. A adolescência é considerada uma etapa de transição entre a infância e a idade adulta. Neste período os adolescentes passam por mudanças biológicas e psíquicas, as quais são relacionadas com o meio familiar e social (BRASIL, 2010). Neste sentido considera-se desafiador e necessário a realização de trabalhos educativos em grupos com adolescentes, tendo em vista as diferentes situações próprias da fase. Com o intuito de inserir os jovens nos serviços da assistência social o Governo Federal implementou o Programa Projovem Adolescente na Política Nacional de Assistência Social (PNA). Conforme o Ministério da Educação (2009) o Projovem Adolescente é um serviço sócio educativo que integra a Política Nacional de Assistência Social que tem caráter universalizante, e se materializa por meio do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. O Projovem Adolescente articula um conjunto de ações em dois âmbitos da proteção social, a básica e a especial, que buscam desenvolver seguranças sociais de acolhida, convívio familiar e comunitário.

As atividades do projeto são voltadas para jovens de 15 a 17 anos de idade de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e jovens vinculados ou egressos de programas e serviços de proteção social especial, como o Programa de Combate à Violência e à Exploração Sexual e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Ainda inclui os jovens que estão sob medida de proteção ou socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). **Objetivo**: O objetivo deste trabalho é relatar a experiência na realização de dinâmicas educativas com grupos de adolescentes sobre a temática câncer, e demonstrar a importância do desenvolvimento de educação em saúde com esta faixa etária. **Metodologia:** As oficinas foram realizadas no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), da quais participaram 37 adolescentes em três períodos diferentes, mediadas por seis acadêmicos de enfermagem. A metodologia do trabalho foi participativa na modalidade de grupo. Cada oficina teve aproximadamente duas horas de duração e foram realizadas durante uma semana no mês de novembro de 2010. Inicialmente, realizou-se um encontro com os adolescentes para apresentação dos objetivos e da finalidade da proposta. Nesta oportunidade os adolescentes foram questionados sobre quais assuntos teriam maior interesse em conhecer, sendo que um dos temas escolhidos foi o câncer e, entre eles o câncer de próstata, pele, mama e colo do útero. Para o desenvolvimento da temática foram realizadas duas dinâmicas de integração, a primeira constituiu em separá-los, aleatoriamente em duplas para que construíssem painéis sobre o tema. A segunda dinâmica foi denominada de “Passa ou Repassa”, ou seja, um jogo de perguntas e respostas sobre a temática que combinou a reflexão e a ludicidade. **Resultado e discussão:** Acredita-se que a escolha da temática pelo grupo deu-se em razão de conviverem, na maioria das vezes, direta ou indiretamente com familiares, amigos que possuem o diagnóstico positivo para a doença, além de despertar o interesse em função de este tema estar associado ao sofrimento e a morte. As oficinas foram divididas em três etapas. Na primeira etapa os adolescentes foram separados em duplas e estimulados a montar painéis que responderiam as seguintes questões: o que é o câncer? quais os tipos que conheço e os tipos de tratamento? viveram alguma experiência direta ou indireta com um individuo com câncer? quais suas dúvidas? o que vejo na mídia a respeito do tema? Após a montagem dos painéis, passou-se para a segunda etapa da oficina. Em um grande grupo, foi discutido sobre o assunto. Neste momento pode-se perceber que os adolescentes estavam curiosos sobre a temática e também tinham muitas dúvidas, levando a questionamentos sobre o que é o câncer, tipos existentes, formas de diagnósticos, tratamento e prevenção. Os autores Oliveira e Gonçalves, (2004) atentam para a importância do papel do enfermeiro quanto educador da saúde, pois este consegue desenvolver ações educativas de forma articulada e mobilizando o grupo para melhoria de qualidade de vida do indivíduo, da família e do coletivo. Ao avaliarem a oficina, os adolescentes manifestaram que a utilização da dinâmica foi uma maneira mais simples de abordagem a qual facilitou aprendizagem de um tema complexo. Todos participaram ativamente das dinâmicas, em especial por ser um assunto pouco discutido entre eles. **Considerações finais:** Ao se utilizar da educação em saúde para abordagem da temática no grupo, percebeu-se que esta possibilitou que os participantes interagissem durante a aplicação das dinâmicas. O conhecimento sobre o cuidado, a prevenção, os tipos de câncer e o tratamento, por meio das dinâmicas se tornou um momento prazeroso de aprendizado, ajudando a desmitificar e sanar dúvidas sobre o tema. Ao trabalhar o tema câncer com os adolescentes, consegue-se perceber a importância de ampliar as necessidades em saúde deste grupo, incluindo outras temáticas e formas de abordagem. Percebeu–se a importância da educação em saúde como possibilidade de trocas de experiências e de empoderamento do processo saúde e doença pelos participantes. Além disso, destaca-se a importância da inserção do profissional enfermeiro na saúde dos adolescentes, não só por ser uma população considerada vulnerável, mas pela capacidade de serem multiplicadores dos conhecimentos adquiridos.

Referências

GAZZINELLI, M.F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(1):200-206, jan-fev, 2005.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** 1ª edição. Brasília, 2010, 46p.

BRASIL. Ministério da Educação. Projovem Adolescente. **Adolescências, juventudes e sócio-educativo: Concepções e fundamentos**. 1ª edição, Brasília, 2009.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):761-3.

SOUZA, A.C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde**. Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2005 ago;26(2):147-53.

08 O LIXO E SUAS IMPLICAÇÕES NO MEIO AMBIENTE E NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Correa , Mariana Matia
(Acadêmica da 5ª série do Curso de Enfermagem, Bolsista PET-PISC 2010 Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS, mariancorrea90@hotmail.com)

Pacheco, Kátia Cilene Ferreira
(Acadêmica da 7ª série do Curso de Enfermagem, Bolsista PET-PISC 2010 Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana)

Fettermann, Fernanda Almeida
(Acadêmica da 7ª série do Curso de Enfermagem, Bolsista PET-PISC 2010 Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS)

Motta, Luana Anhaia
(Acadêmica da 7ª série do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS)

Duarte, Maria de Lourdes Custódio
(Professora Assistente da Unipampa. Dda. em Enfermagem pela UFRGS)

Torres, Odete Messa
(Professora Assistente da Unipampa. Coordenadora do Grupo PET MEC - Práticas Integradas em Saúde Coletiva - Edital 09 PET 2010 MEC/SESu/SECAD)

Descritores: Lixo, Meio Ambiente, Saúde

Introdução: O número de doenças contraídas no lixo vem crescendo entre os trabalhadores do lixão municipal de Uruguaiana que exercem a catação sem nenhuma proteção. A contaminação ocorre por três vias: ocupacional, que caracteriza-se pela contaminação direta dos trabalhadores ao manusear os resíduos sem luvas, óculos ou mascaras que podem diminuir este risco. A via ambiental, segundo Lima e Ribeiro[1]através dos agentes contaminadores pelo ar, infestação de Chorume nos corpos d'água e decomposição dos resíduos.O aspecto mais relevante do problema é a respeito da saúde desses catadores, caracterizado pela via alimentar, pois os alimentos que julgados impróprios para o consumo pelos donos de supermercado da região são jogados no lixo, e assim os indivíduos disputam muitas vezes os restos de comida com animais. Estes alimentos são os maiores responsáveis pelo grande número de doenças que essas pessoas adquirem. No entanto eles não vêem outra maneira de alimentar-se, são conscientes dos riscos que correm, mas sua prioridade é a sobrevivência. Além dos problemas através da alimentação, existem outros de ordem social, como a falta de saneamento básico, alimentação digna, acesso à educação e lazer, e ainda, o acesso a saúde que torna - se difícil pela falta de acesso aos centros de atendimento.Outro aspecto relevante, é o de as pessoas serem julgadas e rotuladas pela mesma sociedade que produz o lixo e que o descarta sem tratamento adequado, esta produz também através de suas políticas públicas excludentes, as pessoas que ali se encontram, e são vítimas de uma "sociedade" de consumo, onde o que não tem função vira resto e deve ficar longe dos olhos. O lixo atual é diferente em quantidade e qualidade, em volume e composição. A cultura do descarte tem sinais concretos no lixo. Ele é composto por

objetos e produtos dos mais variados, que se configuram de uma ideologia que prima pelo consumo exacerbado e instantâneo, para o dia de hoje, mas que não terá, provavelmente, nenhuma utilidade, para o futuro, ainda que próximo.[1] Objetivos: Analisar o impacto que o lixo causa no meio ambiente, bem como na vida dos catadores do lixão Municipal de Uruguaiana, relacionando assim a influência do lixo no meio ambiente e este na vida dos catadores. Metodologia: O trabalho foi realizado no período de 19/05/2008 a 1°/06/08, no lixão municipal de Uruguaiana, localizado no acesso principal pela BR-472 (saída para Itaqui), e pela BR-290 (chegada para Uruguaiana). Este estudo teve como base metodológica, revisão de bibliografia, e observações com anotações feitas no diário de campo. Este trabalho é de cunho qualitativo, pois como cita Minayo,[2] "No campo, tudo deve ser observado, anotado, vivido, mesmo que não diga respeito diretamente ao assunto que pretendemos estudar". Portanto trabalhamos na ordem do subjetivo, fazendo anotações sobre todos os aspectos observados, coletando dados, organizando-os, e analisando os mesmos, para elaboração do presente trabalho. Resultados: ao termino do trabalho foram identificados três eixos temáticos. Como primeiro eixo temático, destacou-se "A disposição inadequada do lixo gera vários problemas de cunho ambiental". Por estar disposto de maneira errada no meio ambiente acaba acontecendo contaminação em vários níveis, seja no solo, lençol freático, mananciais e arredores de onde este lixo é depositado. Sem nenhum tratamento dos resíduos o chorume age de maneira a causar a contaminação citada. Muitas destas substâncias podem ser corrosivas para alguns materiais de construção, sendo um risco para edificações erguidas na área. Além disso, o gás acumulado nestas áreas pode provocar explosões, incêndios e instabilidade do terreno. [3] Como segundo eixo temático, destacou-se "O lixo causa um impacto negativo na saúde dos trabalhadores". Falamos aqui não só na ausência de doença, mas na falta de saneamento básico, alimentação digna, acesso à educação e lazer. Porém o maior impacto neste sentido é em relação à ocorrência de doenças, causadas pelos vários tipos de contaminação aos quais esses indivíduos estão expostos a cada dia. Moradores residentes nas proximidades de varias áreas de disposição de resíduos perigosos apresentam maior incidência de sintomas respiratórios, problemas cardíacos e casos de anemia em comparação com um grupo controle, situado mais afastado desses locais.[3] Como terceiro eixo temático, destacou-se "A atividade de catação acaba por transformar as características físicas dos catadores que por isso sofrem com o estigma social ". Quanto à população que habita o local, observou-se que demonstram alto grau de analfabetismo, despreparo, possuem características rudes e uma condição física que é afetada pelo meio, pois vê-se que são magros, cabisbaixos, apresentam uma postura corcunda, mãos encardidas e rostos marcados por rugas e linhas de expressão, bem como um aspecto de sujeira proveniente da ação do sol e do lixo. **Conclusões:** A atividade relacionada a catação de lixo rotula as pessoas de maneira negativa, porém há muitos trabalhadores que usam a atividade como única fonte de geração de renda para o sustento de sua família. Estes trabalhadores referem que a maior dificuldade que enfrentam é que não conseguem ter acesso aos serviços de saúde pela distância aos centros de atendimento. Assim sendo, acreditamos que novas maneiras de agir na produção de saúde, como atividades que possam ir de encontro aos indivíduos desse local levando práticas de assistência seria uma das primeiras saídas para a solução do problema, bem como o contato com os órgãos governantes para atuar em relação a moradia e saneamento básico, o que reduziria sem dúvida os casos de doenças na comunidade local.

Referências

1 SILVA ET al. Critérios adotados para a seleção de indicadores de contaminação ambiental relacionados aos resíduos dos serviços de saúde. Uma proposta de avaliação. Cadernos de Saúde Publica, São Paulo, v. 18, pag. 1401-9, 2002.

2 MINAYO, Maria Cecília de Souza(ORG.). ***Pesquisa social***: teoria, método e criatividade. 23.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 871p

3 SISINNO, C.L.S., Destino dos Resíduos Sólidos Urbanos e Industriais no Estado do Rio de Janeiro: Avaliação de Toxicidade dos Resíduos e Suas Implicações para o Ambiente e para a Saúde Humana. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Publica.

09 O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Email: dani.scholz@hotmail.com)

PRATES, Lisie Alende
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa.)

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio
(Professora Assistente nível 1 da Universidade Federal do Pampa. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.)

TORRES, Odete Messa
(Professora Assistente da Universidade Federal do Pampa. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia.)

Descritores: Saúde Mental. Atenção Básica. Enfermagem.

Introdução: Tendo em vista as inúmeras mudanças na perspectiva da assistência na atenção básica que visa uma saúde integral e ampliada à população por meio de uma equipe multidisciplinar, a enfermagem como integrante desta equipe vem ao longo dos anos enfrentando os desafios deste novo modelo de atenção. A mudança na atuação do enfermeiro em saúde mental ocorre a partir da superação de suas práticas nas instituições asilares, onde suas atribuições eram de vigilância e manutenção da vida dos usuários, até a evolução de suas ações e saberes para uma perspectiva humanista, criativa e reflexiva com práticas estruturadas sobre a lógica da Reforma Psiquiátrica, que preconiza o atendimento do usuário de saúde mental no território, com o foco da atenção voltado para a produção de saúde e não mais para a doença. Porém, apesar dos inúmeros avanços alcançados, muitos são os desafios do enfermeiro para que o mesmo alcance todos seus objetivos neste cenário[1]. **Objetivo:** Descrever e refletir a cerca do papel do enfermeiro em relação às práticas de saúde mental na atenção básica. **Metodologia:** Utilizou-se a pesquisa bibliográfica, sendo que os textos selecionados pelos descritores "Saúde Mental", "Enfermagem" e "Atenção Básica" na base de dados LILACS. A pesquisa bibliográfica implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório. Ela necessita de critérios claros e bem definidos que são constantemente avaliados e redefinidos à medida que se constrói a busca por soluções ao objeto de estudo proposto[2]. Reconhecendo a importância da definição desses critérios, nesta pesquisa, elencou-se como critérios de inclusão os artigos disponíveis na íntegra e publicados no período de 2000 a 2010; e como critérios de exclusão as dissertações, os artigos não disponibilizados na sua totalidade e àqueles escritos nos idiomas inglês e espanhol. A partir desse delineamento, foram analisados 16 publicações, sendo o corpus da análise composto por 5 publicações. **Resultados**: Os resultados apontam o papel do enfermeiro como um agente terapêutico, auxiliando na produção de saúde e desinstitucionalização do usuário de saúde mental, todavia revelam que muitos são os desafios para que a enfermagem alcance a superação da atenção focada nas competências gerenciais e na reprodução do modelo centrado na doença. Para que o enfermeiro possa desempenhar seu papel na equipe, o mesmo deve desenvolver as competências gerenciais, assistenciais, de educador e de pesquisador, realizando ações como visitas domiciliares, atendimentos individuais e ao coletivo. A

saúde mental deve ser considerada um eixo da atenção básica, pois neste espaço existe uma maior proximidade entre os usuários e profissionais, facilitando a criação de vínculo e possibilitando aos pacientes não serem mais tratados como números de prontuários, mas sim como cidadãos com uma história particular[3]. Na atenção básica, a enfermagem deve desenvolver ações de prevenção de enfermidades mentais, reabilitação, ajudar o doente a lidar com a realidade, compreender a dinâmica de suas relações, reconhecer e admitir suas habilidades, capacidades e potencialidades, assistir o usuário e sua família promovendo um processo terapêutico que diminua as pressões da enfermidade mental e promova a autonomia e cidadania ao mesmo. As práticas da enfermagem, neste contexto, devem ser criativas, flexíveis, com finalidade de possibilitar aumento de habilidades e autonomia do usuário, com as ações baseadas no relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica, não sendo mais voltada exclusivamente ao tratamento de sintomas, buscando superar o modelo biomédico muitas vezes arraigado nas instituições, inserindo o usuário em um projeto terapêutico que alcance as necessidades deste, e que seja construído de forma interdisciplinar desenvolvendo habilidades de vínculo afetivo e acolhimento, levando em consideração a responsabilidade do usuário neste processo[1]. As ações em saúde mental que cabem ao enfermeiro na atenção básica constituem um desafio para a profissão, pois o desenvolvimento do seu trabalho na maioria das vezes é centrado nas atividades burocrático-administrativas, tendo como agravante neste processo a insegurança de alguns profissionais que muitas vezes encontram-se despreparados ou inadequadamente informados para atuar na saúde mental, acabando por ocuparem-se rotineiramente da doença mental do individuo, mantendo as práticas tradicionais de triagem e controle medicamentoso, não atuando como agentes de transformação da realidade do usuário e reproduzindo o modelo organicista[4]. Para o alcance das ações da enfermagem em saúde mental voltadas à atenção integral ao usuário com foco na produção de saúde e assistência em seu território, visando sua inclusão na comunidade, é a possibilidade do enfermeiro desenvolver suas práticas estruturadas no apoio matricial, que é utilizado como um apoio para a organização das ações em saúde mental na atenção básica, onde a equipe por ele responsável compartilha alguns casos com a equipe de saúde local por meio de discussões, excluindo assim a lógica do encaminhamento, o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) responsabiliza-se pela organização da demanda e da rede de cuidados, promovendo suporte para atenção em saúde mental na rede básica, podendo em alguns caso compor a equipe de apoio matricial, contribuindo, sobretudo, na supervisão capacitação das equipes de atenção básica que na maioria das vezes sentem-se despreparadas e inseguras em sua atuação profissional[5]. **Conclusões**: Portanto, percebe-se que o atendimento em saúde mental, preconizado pela Reforma Psiquiátrica, ainda é pouco visível na prática dos enfermeiros e que muitos são os desafios encontrados no desenvolvimento do papel do enfermeiro em relação às suas ações voltadas para saúde mental na atenção básica. No entanto, ressalta-se que no contexto do trabalho de enfermagem em saúde mental, o enfermeiro consiste em um importante agente de mudança. Sendo assim, a enfermagem deve rever sua formação, buscando ampliar a compreensão acerca dos usuários em sofrimento psíquico, bem como a realização de práticas em saúde voltadas para as mudanças preconizadas pela Reforma Psiquiátrica. Todavia, para os profissionais da enfermagem que se encontram nos cenários da atenção básica e sentem-se inseguros ao desenvolverem suas atribuições enquanto educadores tornar-se-ia necessário a aquisição de habilidades e conhecimentos fundamentais para a qualidade do desempenho de suas ações, fortalecendo mudanças necessárias tanto nas práticas quanto nas instituições de ensino. Com isso, entende-se que será possível subsidiar o ensino nos diversos campos de saber em saúde, assim como a incorporação das ações de saúde mental nas ações básicas de saúde e a transformação do processo de trabalho de enfermagem, no sentido da inclusão social e da integralidade da assistência.

Referências

1.VILELA SC, SCATENA MCM. Enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n. 6, p. 738-41, nov. 2004.

2. LIMA TCS, MIOTO RCT. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Revista Katálysis, Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007.

3. RIBEIRO LM, MEDEIROS SM, ALBUQUERQUE JS, FERNANDES SMBA. Saúde mental e enfermagem na estratégia de saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. Revista da Escola de Enfermagem- USP, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-82, set. 2010.

4. OLIVEIRA AGB, ALESSI NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradição e potencialidades atuais. Revista Latino Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 333-40, maio. 2003.

5. DELFINI PSP, SATO MT, ANTONELI PP, GUIMARÃES POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Revista Ciências e Saúde Coletiva , São Paulo, v. 14, n. 1, p. 1483-1492, set. 2009.

10 PROJETO ECOPET: VOCÊ SABE A QUANTIDADE DE LIXO QUE SUA UNIVERSIDADE PRODUZ?

BARRETO, Camila Nunes
(Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM. camilabarreto_6@msn.com)

PERES, Roger Rodrigues
(Acadêmico do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem/UFSM)

CAMPONOGARA, Silviamar
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem/UFSM)

Descritores: Saúde Ambiental; Educação em Saúde; Lixo; Conscientização.

Introdução: A produção de lixo é um grave problema da nossa sociedade, vem crescendo em ritmo acelerado e na maioria das vezes não possui destino adequado. Essa situação implica em uma grande perda ambiental, e exige estratégias para minimização dos problemas referentes ao descarte do lixo. Uma das soluções para diminuição desse impacto é a reciclagem, ato capaz de transformar a nossa realidade, uma vez que serve como renda para famílias e ajuda na preservação do meio ambiente. Porém para haver esse processo é preciso conscientização dos atores da produção de lixo, visto que a coleta seletiva facilita e garante maior aproveitamento dos resíduos para a transformação dos mesmos através da reciclagem. Segundo Figueiredo e Deorsola (2010) a sociedade, de forma geral, tem grande dificuldade em conscientizar-se da efetiva necessidade da separação dos diferentes tipos de resíduos gerados no dia a dia. Por outro lado, as autoridades não disponibilizam recursos para uma implantação de coleta seletiva, por parte dos que vivem da coleta de material descartado, seja nas ruas ou nos aterros sanitários. Verifica-se assim a necessidade de ações que auxiliem na adesão e conscientização das pessoas referente à problemática do lixo. Em vista disso, os grupos PET (Programa de Educação Tutorial) da UFSM (Universidade Federal de Santa Maria), dos cursos de Enfermagem, Agronomia, Zootecnia, Odontologia, Engenharia Elétrica, Comunicação Social, Biologia, Ciência da Computação, Física e Matemática, se uniram e estão desenvolvendo o Projeto Coleta Seletiva (ECOPET). O EcoPET consiste em buscar a melhoria da qualidade da instituição e aproveitar do poder de difusão de idéias que caracteriza o ambiente acadêmico, para que a consciência ambiental seja levada por todos para a sociedade fora da universidade (VIEGAS, 2010), sendo que, esse está sustentado nas experiências do PET-UFSM com atividades sócio-ambientais e norteado por outros projetos do gênero que já foram realizados no meio acadêmico. Há menos de um ano, o PET-UFSM finalizou com sucesso uma atividade que visou implantar o uso de copos reutilizáveis no Restaurante Universitário, em substituição aos copos descartáveis que eram utilizados anteriormente. São atividades como estas, que mostram como os integrantes do PET estão conscientes da necessidade de continuar lutando para melhorar o meio em que estão inseridos. Portanto, baseado nos princípios da Educação Tutorial, o EcoPET busca criar e estimular ações desse caráter, sendo exemplo de responsabilidade social aos nossos pares, entendendo que, a educação ambiental é muito mais do que mudar comportamentos, tais como economizar água e luz ou separar lixo para a reciclagem e para a reutilização, é sim, um processo de educação política, é formar atitudes que predisponham a ação e para que a transformação pretendida ocorra, é preciso formar pessoas conscientes, críticas, reflexivas, éticas,

competentes e pró-ativas, conscientes de seus papéis na transformação do mundo Pelicioni (2005). Para isso, o projeto compreende como **Objetivos**: Adequar à estrutura de coleta seletiva da universidade, melhorar a destinação dos resíduos, diminuir o impacto que o lixo produz e a partir desses resultados conscientizar a comunidade acadêmica, alunos, professores e funcionários sobre como uma ação simples e pontual, por exemplo a separação do lixo, pode contribuir para a melhora da qualidade de vida de todos, estimulando assim o pensamento crítico sócio-responsável que tanto se almeja. **Metodologia:** A realização do projeto perpassa pelas fases de Planejamento, Execução e Avaliação, sendo coordenado pelo Professor Julio Viegas (VIEGAS, 2010). A ação inicial visou o diagnóstico do lixo produzido em cada centro de ensino da universidade, por meio da pesagem e triagem do lixo seletivo e comum, a fim de avaliar se está sendo efetivada à coleta seletiva e a quantidade produzida de lixo de cada material. Este primeiro momento foi registrado estatisticamente, sendo realizado um relatório inicial apontando a proporção de lixo que é produzido e sua distribuição (por tipos, separação seletiva e por centros de ensino). Com os dados estatísticos prontos, elaborou-se um questionário com questões fechadas e outras discursivas, visando à aplicação deste com estudantes, professores e funcionários, a fim de verificar o seu entendimento sobre a coleta seletiva. Ressaltamos que esta é a fase em que o projeto se encontra. Por fim será elaborada uma campanha de conscientização envolvendo toda a comunidade da UFSM, através de oficinas, palestras e outras metodologias pedagógicas que reforcem a educação ambiental. **Resultados e Discussão:** O projeto ECOPET possibilita aos acadêmicos uma visão ampliada deste tema, uma vez que, ao participar da primeira etapa do projeto, os acadêmicos percebem com mais proximidade a realidade enfrentada pelos catadores de lixo. Nestas ocasiões têm sido marcantes as reflexões frente a essa realidade, estimulando a conscientização dos mesmos e cada vez mais a valorização do projeto que está sendo realizado. Observou-se também, como resultado, o impacto gerado, nos participantes, ao visualizar que o lixo não está sendo separado e que muitos materiais que poderiam ser reaproveitados e poluir menos o nosso planeta, não estão tendo a segregação adequada, provavelmente inviabilizando o processo de reciclagem dos mesmos. E, além disso, também prejudicando o possível sustento de famílias que dependem desses materiais, e que assim, não poderão ser utilizados devido à falta de informação, organização e/ou de consciência das pessoas. Os acadêmicos que tiveram a iniciativa dessa ação, a partir desse momento já se tornam multiplicadores em prol do meio ambiente, ao vivenciar essa experiência são repensados conceitos e visualiza-se a realidade da universidade, da qual fazem parte, sendo co-responsáveis pela quantidade de lixo produzida. Espera-se que com os resultados do ECOPET possamos contribuir para uma mudança nessa área. Ressaltando que as próximas etapas do projeto têm como objetivo atingir um maior público, os demais acadêmicos, os professores, funcionários e todos que fazem parte da comunidade universitária, destacando assim o quanto essa atividade pode colaborar para mudança de comportamento e maior responsabilidade social das pessoas ao ser observado os resultados dessa iniciativa e verificar a fragilidade na separação de lixo e o quanto isso prejudica a vida dos catadores e principalmente polui nosso ambiente e reflete na qualidade de vida de todos. Nós, acadêmicos, somos o futuro se conformando, por isso devemos desde já, exercer nossa cidadania e responsabilidade social. Logo, a preservação e o respeito pelo mundo em que vivemos, é a ordem maior, mesmo em meio à contradição do consumismo exacerbado vivido em nossa sociedade. **Conclusões:** Ações como essa devem ser valorizadas e incentivadas, pois além de proporcionar um ambiente mais limpo e saudável para viver, faz com que os acadêmicos reflitam ao passar em frente a uma lixeira e pensar todo o processo que envolve aquele lixo. Sendo a Universidade um centro de formação de pessoas, esta deve ser exemplo de preocupação e de eficiência na gestão de resíduos, além de trabalhar para reduzir o impacto destes no meio ambiente. Desta forma, este é o local onde o exemplo deve ser dado e onde a preocupação com o meio

ambiente deve ser estimulada. A percepção de que há um déficit de projetos que vislumbrem a Educação Ambiental, a compreensão da importância destes dentro da UFSM e a preocupação com a separação e reciclagem de resíduos fizeram com que o grupo PET-UFSM formasse uma equipe interdisciplinar envolvendo diversas áreas do conhecimento, como as ciências da saúde, ciências agrárias, engenharias e comunicação social, e que estão empenhadas com esta causa, pois é necessária uma conscientização dos frequentadores desta instituição para a correta destinação dos resíduos produzidos, aproveitando a estrutura de lixeiras para coleta seletiva já existente e verificando o quanto essas são utilizadas, se o número existente é suficiente e o que pode ser mudado ou implantado na universidade para facilitar a coleta e garantir a efetivação da mesma. Cada etapa do projeto é um desafio e maiores serão as descobertas sobre a realidade do lixo produzido pela universidade e a destinação desse, espera-se que cada fase seja um novo aprendizado e possa contribuir para transformação da realidade enfrentada pela universidade frente à essa questão.

Referências

FIGUEIREDO, Marco Antonio Gaya de; DEORSOLA, Alberto Chenú. A questão da responsabilidade socioambiental na reciclagem de plástico no Rio de Janeiro. **Produção.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132010005000036&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 17.04.2011.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi. **Educação ambiental: evolução e conceitos.** Saneamento, saúde e ambiente: fundamentos para um desenvolvimento sustentável. 1º Ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2005. p.587–597.

VIEGAS, Júlio. **Ecopet: Coleta Seletiva.** Projeto de Extensão. Santa Maria (RS) UFSM. 2010.

11 STRESS, COPING E SÍNDROME DE *BURNOUT* EM MÉDICOS RESIDENTES: O ESTADO DA ARTE

BOLZAN, Maria Elaine de Oliveira
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Integrante do Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*.: E mail: mariaelaine.bolzan@bol.com.br)

KLEINÜBING, Raquel Einloft
(Enfermeira. Integrante do Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*. raquel_e_k@hotmail.com)

SILVA, Rodrigo Marques da
(Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem (SESU/MEC). Integrante do Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*. rodrigoenf11@hotmail.com)

Descritores: *Burnout;* médicos residentes; estresse ocupacional; saúde do trabalhador.

Introdução: As pesquisas apresentam-se como um instrumental onde os profissionais têm a oportunidade de revisar e atualizar os referenciais teórico-metodológicos e, dessa maneira, buscar melhorias em seu processo de trabalho. Além disso, os estudos devem atender às necessidades postas pelos usuários dos serviços de saúde, pela instituição e pelo próprio pesquisador (LINCH, 2010). Para a estruturação do processo de trabalho em um serviço de saúde, é imprescindível que ocorra a interação multiprofissional, que se conheçam as atribuições dos integrantes da equipe e que se considere a autonomia do trabalho dos profissionais. Segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Esta interação é reforçada quando médicos, enfermeiros, residentes médicos e multiprofissionais, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais de saúde atuam de modo complementar junto aos pacientes e familiares, com respeito ao o núcleo de saberes de cada profissão, nos seus aspectos práticos e teóricos, e com definição em conjunto da interface entre os mesmos. Na lógica do trabalho em equipe, os residentes médicos inserem-se no contexto organizacional das instituições de assistência e ensino. A conquista e a solidificação de espaços nas equipes de saúde, na lógica do processo de trabalho articulado, da agregação de conhecimentos, da aquisição de confiança e credibilidade por parte dos pacientes e familiares, constituem-se em desafios para os mesmos. Portanto, residentes médicos, no cotidiano de trabalho das instituições, enfrentam situações desafiadoras, por vezes, desconfortantes devido a pressões internas e externas que provocam sensações de tensão, ansiedade e medo, que podem ser avaliadas como estressoras. O estresse caracteriza-se por um processo psicofisiológico em que estão envolvidos o estressor, a avaliação do sujeito a tal situação e a reação do organismo diante dessa interpretação. Nesse sentido, a avaliação do estressor irá depender do indivíduo, das suas experiências e possíveis recursos para seu enfrentamento. Nestas circunstâncias, esses sujeitos expostos a situações de estresse ocupacional, definido como um processo estressores-respostas, que consiste no enfoque mais completo e engloba aquele baseado nos estressores e nas respostas. Há um consenso de que as percepções dos indivíduos são mediadoras do impacto dos ambientes do trabalho sobre o mesmo, ou seja, para algo na organização ser um estressor, ele precisa ser

percebido como tal pelo empregado. Existem, no entanto, as estratégias de enfrentamento, denominadas coping, utilizadas pelo indivíduo como forma de lidar com os estressores que, na perspectiva cognitiva, pode ser focado na emoção e/ou no problema. Quando a capacidade de adaptação ao estresse não ocorre, o indivíduo entra em estado de exaustão, tendo como conseqüência, em caso de cronificação do estresse, a Síndrome de *Burnout*. Essa consiste em uma reação a tensão emocional crônica, cuja causa reside, exclusivamente, no trato com outros seres humanos, ocorridas em situação de trabalho, favorecidas pela organização inadequada do trabalho e as demandas das atividades desempenhadas, considerando as características individuais e cognitivas do trabalhador (GUIDO, 2003; CARLOTTO e CÂMARA, 2004). A partir disso, fez-se necessário a realização de uma busca, nas bases de dados nacionais e internacionais, em relação à temática "Estresse no ambiente de trabalho". **Objetivo**: Avaliar a produção do conhecimento em relação à ao estresse, *coping* e *burnout* em residentes médicos. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, recurso importante da prática baseada em evidências, que consiste em uma forma de síntese dos resultados de pesquisas relacionados com um problema específico (GALVÃO; SAWADA; TREVISAN, 2004). A busca procedeu-se no mês de setembro de 2010, por meio de consulta ao acervo da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados "Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde" (LILACS) e "Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica" (MEDLINE). Usou-se a associação do descritor "*Burnout"* e a palavra "MBI", dos descritores "médicos residentes" e "estresse ocupacional" e dos descritores "médico", "saúde do trabalhador" e "estresse ocupacional", com recorte temporal de 2006 a 2010. Incluíram-se na investigação artigos referentes à temática e que elegeram os médicos residentes como sujeito de pesquisa, publicados em português ou inglês e com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas. A análise e apreciação dos estudos foram feitas a partir da leitura dos títulos e resumos. O tratamento dos dados foi realizado por meio de análise da freqüência absoluta (n) e percentual (%). **Resultados:** A busca resultou em 217 estudos, dos quais 11 (5.06%) nomearam os residentes médicos como sujeitos de pesquisa e, portanto, foram selecionados para compor este trabalho. Destes, duas publicações (18.18 %), foram realizadas no Brasil, uma identificou dificuldades emocionais em residentes do primeiro ano de Ortopedia por meio de um estudo de caso prospectivo e outra estabeleceu a incidência de *Burnout*, por meio do *Maslach Burnour Inventory* (MBI), em residentes médicos da Universidade Federal de Uberlândia. Foram encontradas nove publicações internacionais (81.81 %) que tiveram como objetivos, respectivamente: explorar a prevalência e a associação entre *impostorism* e Síndrome de *Burnout* em uma amostra de 48 residentes de medicina interna de uma Escola de Medicina e Odontologia; avaliar as taxas e determinantes potenciais do *Burnout* em uma amostra de 58 médicos residentes de um hospital de ensino holandês, por meio do MBI e entrevista, que investigou os indicadores relevantes para o desenvolvimento de *burnout*; analisar a reciprocidade das relações de 158 residentes médicos da *University Medical Centre Groningen* (UMCG) da Holanda, com os supervisores médicos, demais residentes, enfermeiros e pacientes, e a associação entre reciprocidade e *Burnout;* conhecer a prevalência de *burnout* entre clínicos gerais e residentes na Hungria, em um estudo exploratório descritivo transversal, com questionários auto-aplicáveis em 453 clínicos gerais e 43 residentes; descrever o uso do *Maslach Burnout Inventory – Human Services Survei* (MBI-HSS) como método de monitoramento dos níveis de estresse em um programa de treinamento de residência acadêmica em otorrinolaringologia e introduzir esta ferramenta de estudo para uso mais generalizado no encontro dos requisitos do *Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME), nos Estados Unidos; estimar a prevalência de *Burnout* nos médicos em formação e seu impacto na assistência ao paciente, conduzido em um estudo transversal por meio do MBI, no México; investigar a saúde e o bem estar dos médicos em formação, a partir de uma pesquisa nacional, por

um inquérito confidencial realizado em 2008 pela Associação Médica Australiana, com 914 inquéritos concluídos; avaliar a associação entre fatores psicossociais no trabalho, tal como definido pelo modelo de esforço- recompensa, desequilíbrio e depressão, por meio de um questionário a 227 médicos residentes de um hospital de ensino do Japão, com questões que incluíam dados demográficos, sintomas depressivos, desequilíbrio esforço-recompensa e apoio social ; examinar a satisfação dos médicos residentes holandeses com o apoio social recebidos de supervisores, colegas médicos residentes, enfermeiros e pacientes, além de estudar a correlação entre apoio social e *burnout.* **Conclusões:** Percebe-se que a produção relacionada ao Estresse, Coping e Síndrome de *Burnout* em residentes médicos a nível nacional, nos últimos cinco anos, pode ser considerada escassa. No entanto, identifica-se um aumento notável desta produção a nível internacional, a partir do ano de 2007, principalmente na Holanda e Estados Unidos. As pesquisas feitas por enfermeiros não necessariamente abrangem profissionais de enfermagem como sujeitos de pesquisa, mas igualmente outros profissionais da equipe de saúde. As contribuições destes estudos, realizados por enfermeiros, podem ser valiosas na estruturação do processo de trabalho de uma instituição por permitirem a investigação dos possíveis precursores desse processo, com possibilidade de prevenção ou intervenção segura, baseadas em evidências. Além disso, tais contribuições podem possibilitar a formulação de um projeto assistencial comum, com valorização das especificidades de cada área profissional, com maior flexibilidade na divisão do trabalho e com respeito à autonomia técnica e científica dos saberes.

Referências

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicol. Estud.** Maringá, Vol.9 no.3, Set./Dec. 2004.

GALVÃO, C. M ; SAWADA, N. O.; TREVISAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Revista **Latino-Americana de Enfermagem,**. v. 12, n. 3, p. 549-556, 2004.

GUIDO, L. de A.. **Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica.** 2003. 197p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LINCH, G. F. C. **Estresse de Enfermeiros em Unidade de Hemodinâmica**. 2010. 111p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública** 2001;35(1):103-9.

12 A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DAS PACIENTES POR MEIO DE OFICINAS ARTESANAIS

Alves, Camila Neumaier
(Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM, camilaenfer@gmail.com)

Félix, Roselaine
(Enfermeira da Unidade Toco-Ginecológica do HUSM)

Satler, Silvia Cristina
(Enfermeira da Unidade Toco-Ginecológica do HUSM)

Altmann, Claudete A. B
(Enfermeira da Unidade Toco-Ginecológica do HUSM)

Machado, Elizabet H.
(Aux. Enf. da Unidade Tocoginecológica do HUSM)

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher; Humanização da assistência.

Introdução: O pré-natal e o nascimento são experiências especiais no universo feminino e momentos únicos na vida de cada mulher. Considera-se o pré-natal uma época de preparação fisiológica e psicológica para o parto e para a maternidade, sendo assim, um período de intenso aprendizado por parte da mãe e uma oportunidade para que as equipes de saúde desenvolvam a educação no processo do cuidar. Com a finalidade de instituir uma estratégia de atenção à mulher no período gravídico-puerperal, foi lançado, no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde (MS), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tinha como principais objetivos reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, além de indicar os procedimentos mínimos a serem realizados. O PHPN fundamenta-se na humanização da assistência obstétrica e neonatal, como uma condição para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério, buscando uma assistência completa e de qualidade [(1)]. Neste contexto, a assistência de enfermagem no pré-natal, deve ser instituída para atender as necessidades da população de gestantes, embasando-se no que o Ministério da Saúde [(2)] preconiza a respeito da oferta de um adequado atendimento e acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério, da mulher ser recebida com dignidade e de forma humanizada. Sob essa ótica, não se pode deixar de reforçar a importância do PHPN na saúde materno-infantil. Como já enfatiza o MS, que o atendimento humanizado a gestante, começa no pré-natal, quando a equipe de saúde realiza procedimentos benéficos a binômia mãe-filho e a família envolvida, evitando ações desnecessárias, preservando a autonomia dessas pessoas. **Objetivo:** Relatar a experiência vivida pela acadêmica de Enfermagem durante a realização do Programa de Ensino e Extensão: "Programa de Formação Complementar em Enfermagem – PROFCEN", orientada pelas Enfermeiras da Unidade Toco – Ginecológica, juntamente com uma auxiliar de enfermagem na execução de oficinas artesanais com enfoque lúdico-educativo, para proporcionar o atendimento humanizado às pacientes gestantes de alto risco internadas, juntamente com atividades produtivas e criativas. **Metodologia:** As unidades hospitalares de atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, como a Unidade Toco – ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), são ambientes dinâmicos e de grande movimentação, o que muitas vezes reduzem a integralidade da assistência às pacientes

atendidas nessas unidades. Desta forma, temos que a humanização abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas que estão presentes no relacionamento humano. Significa resgatar o respeito à vida humana, privilegiando a objetividade, generalidade, causalidade e a especialização do saber; é também, valorizar os sentimentos, indissociando os aspectos emocionais e físicos [(3)]. Portanto, o desenvolvimento de ações educativas por parte da equipe de enfermagem, na atuação com as pacientes, enfocando a humanização e reconhecimento do ser, valorizando suas habilidades, vontades e sentimentos, na busca do cuidado integral e facilitador na internação e na recuperação dessas pacientes é o foco deste trabalho. Para desenvolvermos essas ações usamos oficinas lúdicas-educativas para que os trabalhos fossem executados e que as pacientes se sentissem acolhidas dentro do que foi proposto a elas realizarem. Sabemos que o lúdico situa-se neste contexto, quando há a intencionalidade de produzir relações de reciprocidade, de interação, de diálogo, de alegria, de solidariedade. Em suma, uma relação em que o cliente e a equipe de enfermagem compartilham momentos de efetiva e recíproca relação de bem-estar e conforto. Caracteriza-se por uma prática que engloba sentidos subjetivos como a intuição, a criatividade, a sensibilidade e a percepção [(4).] Temos a auxiliar de enfermagem citada, como executora do maior número das atividades artesanais para as gestantes de alto risco internadas na Unidade Toco-Ginecológica, desenvolvidas durante oficinas lúdicas de produção de objetos para decorar berços e portas, lembranças de nascimento, confecção de roupas de tricô e crochê e móbiles para enfeitar os quartos dos filhos. Os objetos são construídos com materiais fornecidos através de doações da equipe multiprofissional da unidade, pelas próprias pacientes e por terceiros. Os materiais compreendem: tecido colorido, tesoura, linha, agulha de costura, lã, botões, vidros, biscuit, E.V.A., cola de silicone, feltros, entre outros, e um material ilustrativo impresso para auxiliar as pacientes. Os objetos produzidos são escolhidos pelas pacientes e compreendem: almofadinhas, fraldas e blusinhas de tecido, vidrinhos para algodão ou cotonetes, cartão com biscuit, forminhas com algodão colorido ou pompom de lã, sapatinhos, porta retrato de E.V.A., fuxico, diários, móbiles, mantas de tricô, coração de feltro com alinhavo, coração de tecido com rendinhas, saches de tecido com acabamento em renda ou trancelim, casaquinhos de bebê, toalhinhas bordadas ou com aplicações de tecidos. A realização das oficinas é quinzenal, durante uma tarde, de acordo com a disponibilidade da Auxiliar de Enfermagem e dos demais membros da equipe que desejaram colaborar. O tempo de duração de cada oficina é cerca de duas horas. As atividades foram realizadas em uma sala ou nas próprias enfermarias da unidade toco - ginecológica. Durante as oficinas as mulheres eram estimuladas a conversar sobre suas dúvidas de saúde, sendo este momento profícuo para o desenvolvimento de educação em saúde. Então podemos dizer que essa oficina, além de proporcionar momentos de lazer e interação com a equipe, ofereceu um espaço de tranqüilidade e aprendizado, minimizando a tensão que a hospitalização envolve e fortalecendo o vinculo e o cuidado humanizado. O que podemos perceber pelos relatos das pacientes logo após a oficina. **Resultados:** A intenção da realização desta oficina foi proporcionar momentos diferentes para as mulheres internadas na unidade em conjunto com momentos de lazer e tranqüilidade, balizadas por ludicidade e aprendizado pautado na educação em saúde, que foi alcançada com sucesso e êxito. Tendo participação efetiva das gestantes e de grande parte da equipe de enfermagem na colaboração e execução das oficinas. Podemos perceber com as pacientes que o desenvolvimento de oficinas para o aprendizado de adereços infantis e parte de enxovais para seus filhos às tranqüilizava, tirando sua atenção da internação, onde muitas se mostravam mais dispostas aos tratamentos que estavam ali para realizar. **Conclusão:** Ao entender a enfermagem como uma ciência possuidora de bases tanto biológicas quanto humanas, pode-se afirmar que ela também se manifesta por experiências de cuidado, expressão desse fazer e compreensão de sua prática, salientando assim a necessidade de valorização e, principalmente, prática de ações humanizadoras no cuidado [(5)]. Percebemos a humanização nos meios de saúde

quando se estabelece a relação dos profissionais com os usuários do serviço. No momento em que as mulheres são acolhidas e escutadas pelos profissionais de saúde, podem-se ocorrer diálogos e trocas de informações, bem como, esclarecimentos sobre que tipo de atendimento será realizado, sempre valorizando o conhecimento prévio da paciente. Dessa forma, haverá a partir da comunicação e escuta, a produção de vínculo, o que facilitará para um atendimento qualificado e eficaz a essa mulher.

Referências

1 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

2 _____ ,Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília: 2005.

3 _____,Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

4 BEUTER, Margrid and ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. Expressões lúdicas no cuidado hospitalar sob a ótica de enfermeiras. ***Esc. Anna Nery*** [online]. 2010, vol.14, n.3, pp. 567-574.

5 SILVA L. F., DAMASCENO M. M. C. Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica – reflexão para a prática. **Texto Contexto Enfermagem**, abril – junho 2005.

13 O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA COM MULHERES NO PRÉ E PÓS-PARTO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACADÊMICAS

ALBERTI, Gabriela Fávero
(Relatora. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão. E-mail: g_falberti@hotmail.com)

VARGAS, Ana Cláudia Soares
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago.)

SOUZA, Bruna Flores
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago.)

VELASQUE, Ana Cláudia Inda
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão.)

BUBANZ, Débora Beatriz
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago.)

CARVALHO, Sandra Ost R. M.
(Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM.)

Descritores: Enfermagem; Mulheres; Gravidez; Pós-parto; Cuidado.

Introdução: O Conselho Federal de Enfermagem, através da Resolução 272/2004 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem como atividade privada do profissional enfermeiro, "a implementação, o planejamento, a organização, a execução e a avaliação do processo de enfermagem". (COFEN, 2002) A utilização do processo de enfermagem como instrumento profissional fornece autonomia para este profissional, concretizando, assim, a proposta de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente envolvido no processo de cuidar. (ARAÚJO *et. al.*, 1996) Dessa forma, o processo de enfermagem e, neste caso, a consulta de enfermagem com mulheres gestantes e/ou puérperas, deverá compreender as seguintes etapas: histórico de enfermagem, exame físico, diagnósticos de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem e evolução da assistência de enfermagem. Segundo o Ministério da Saúde (2005), a atenção do pré-natal e puerperal objetiva acolher a mulher desde o início da sua gravidez, assegurando o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Assim, para atender às necessidades das gestantes e/ou puérperas e proporcionar um cuidado holístico e integral, devemos considerar suas características individuais, singulares, o contexto sócio-cultural em que estas mulheres estão inseridas. (ALVIM *et al*,2007) Com o processo de enfermagem à paciente gestante no pré-parto ou à paciente puérpera no processo de recuperação, o cuidado é planejada com objetivo de alcançar as necessidades específicas do paciente, sendo, então, regida de forma que todas as pessoas que assistem esta paciente possam ter acesso ao seu histórico,

diagnósticos de enfermagem elencados e o plano de cuidado, no intuito de prestar uma melhor qualidade no serviço assistencial. Assim, segundo Araújo et. al. (1996), sendo o processo de enfermagem o cuidado holístico, os planos de cuidado e as intervenções serão elaborados ao indivíduo biopsicossocial e não apenas ao útero passando pelo processo gravitacional. O presente relato de experiência objetiva relatar as percepções acadêmicas frente ao desenvolvimento e a aplicação de um instrumento facilitador para a realização do processo de enfermagem com mulheres gestantes e/ou no período pós-parto. **Metodologia:** Mediante essas considerações, o presente relato é fruto da experiência acadêmica vivenciada através das práticas que ocorreram no período de 04, 05, 06, 07, 08 e 11 de outubro, na unidade de Maternidade do Hospital de Caridade de Santiago, acompanhados pela enfermeira supervisora e docente da disciplina de Enfermagem no Cuidado a Saúde da Mulher I, da universidade local, URI Santiago. Durante as práticas curriculares, foi proposto pela professora da disciplina que o grupo desenvolvesse um instrumento que coletasse dados referentes ao histórico e exame físico e que esses fornecessem subsídios para elencar os diagnósticos de enfermagem e o plano de cuidado para pacientes gestantes no período pré-parto e puérperas no pós-parto. **Resultados e discussão:** Nós, acadêmicos, realizávamos a anamnese e o exame físico além da mensuração dos sinais vitais e verificação dos BCFs, altura uterina, manobras de Leopold com as mulheres gestantes. Esta era a primeira etapa do processo de cuidado, que se tratava de uma maneira organizada de prestar o cuidado através do relacionamento dinâmico entre enfermeiro-paciente, segundo Tennure; Gonçalves (2009). Ainda, estas autoras nos trazem que esta prática é chamada de investigação caracterizando a primeira etapa deste processo que determinará o estado de saúde do paciente. Frente aos dados coletados e pautados no instrumento, partíamos para a segunda etapa: elencar os diagnósticos de enfermagem. Para Carpenito (1997) estes diagnósticos baseiam-se nos problemas reais e potenciais do paciente, e esta habilidade requer capacidade de julgamento e percepção por parto do enfermeiro a fim de interpretar corretamente os dados clínicos. Sucessivamente, o planejamento da assistência ou prescrições de enfermagem era iniciado no qual, juntamente com a professora supervisora, traçávamos um plano de ação com relação aos diagnósticos elencados anteriormente, a fim de promover o bem-estar e a independência da mulher. Portanto, o instrumento sistematizava a assistência prestada por nós acadêmicos de forma que adquiríamos autonomia na profissão, ainda que nos encontrássemos em fase de transição de identidade pessoal-profissional. Além disso, este mesmo instrumento foi reutilizado no período pós-parto contribuindo para que pudéssemos elencar os diagnósticos de enfermagem e prescrições após o parto além de acompanhar a evolução da mulher aos cuidados prescritos anteriormente. Segundo Rezende (1980), o puerpério é o período de recuperação durante o qual o organismo materno deverá voltar ao seu estado normal de pré-gestação. Contudo, a menstruação só retorna depois de seis a oito semanas nas mulheres que não amamentam e depois de seis a doze meses nas que o fazem. Dessa forma, verificávamos os sinais vitais novamente, observávamos a apresentação e o aspecto dos lóquios, apresentação uterina e fornecíamos orientações quanto ao recém nascido e a amamentação. Dessa forma, através deste instrumento foi possível não só monitorar a evolução da puérpera e do recém nascido, como também dar continuidade à assistência de forma humanizada e holística nas demais unidades assistenciais. O profissional de enfermagem, portanto, faz uso de uma competência que é sua legalmente e de forma integrada com a equipe que desenvolverá o cuidado a partir das questões culturais, sociais e da singularidade de cada paciente. **Considerações finais:** O Processo de Enfermagem consiste, portanto, em método eficiente de organizar o decurso do pensamento para a tomada de decisão, permitindo a resolução de problemas inerentes ao indivíduo, família e comunidade, e também, através da estrutura teórica aplicada à prática de enfermagem, exige do enfermeiro um certo grau de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais. Este estágio curricular, especificamente a criação e implementação do instrumento de cuidado, contribuiu positivamente para nós acadêmicos, pois

incentivou o exercício do raciocínio crítico, autonomia profissional no que tange a tomada de decisões, na qualidade e integralidade do cuidado prestado, além deste processo fornecer estrutura para prática profissional tornar-se cada vez mais científica. Todavia, este auxílio que o processo de enfermagem fornece ao enfermeiro para o gerenciamento no cuidado contribuiu para essa assistência ser centrada no paciente e família, deixando em segundo plano as demandas burocráticas. A criação deste instrumento pelos acadêmicos em conjunto com a enfermeira e supervisora do estágio curricular, torna a assistência nesta Unidade mais sistematizada além de ser de preenchimento simples e rápido que contribuirá para o planejamento do cuidado às gestantes/puérperas (binômio mãe-filho). Ainda, possibilita identificar precocemente possíveis problemas que poderão ser minimizados através de ações rápidas e eficazes.

Referências

ALVIM, D dos AB. *et.al.* **Sistematização da Assistência de Enfermagem à Gestante de Baixo Risco.** Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1):258-272.

ARAÚJO, IEM; et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de internação: desenvolvimento e implementação de roteiro direcionador, relato de experiência.** São Paulo: Acta Paul Enf 1996; 4:160-169.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CARPENITO, L. J. Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica. 6ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

REZENDE, Jorge. Obstetrícia Fundamental. 3ª Edição Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1980.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria P. **SAE, Sistematizaçao da Assistência de Enfermagem: Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara Hoogan, 2009.

14 PERCEPÇÕES E VIVÊNCIAS DE MULHERES NO CLIMATÉRIO: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

FANTINEL, Nathália Marion
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS nathy_np@hotmail.com)

ANDREOLA, Karine
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

GARCIA, Sabrina Santos
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

MARON, Luana Carine
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

MACEDO, Paola Silveira
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

SILVA, Ethel Bastos da
(Enfermeira, Doutoranda UNIFESP/EEAN/UFSM, Professora Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS-Orientador)

Descritores: Climatério; Enfermagem; Saúde da Mulher.

Introdução: O climatério é definido pela Organização Mundial da Saúde como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo (menacme) e o não reprodutivo (senectude)**.** Ele é caracterizado por alterações metabólicas e hormonais, que podem trazer mudanças no contexto psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). De acordo com estimativas do DATASUS, em 2007, 32% das mulheres no Brasil estavam na faixa etária em que ocorre o climatério. O Ministério da Saúde estabelece o limite etário para o Climatério - período entre 40 a 65 anos de idade - dividido em: pré-menopausa – inicia, em geral, após os 40 anos, com diminuição da fertilidade em mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao ocorrido durante a vida reprodutiva; perimenopausa - inicia dois anos antes da última menstruação e vai até um ano após com ciclos menstruais irregulares e alterações endócrinas; e, pós-menopausa – começa um ano após o último período menstrual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). A intensidade das modificações presentes no climatério depende do ambiente sociocultural, das condições de vida da mulher e, do grau de privação estrogênica. A maioria dos sintomas típicos do climatério provêm da diminuição dos níveis de estrogênio circulantes, sendo os mais freqüentes a instabilidade vasomotora, distúrbios menstruais, sintomas psicológicos, atrofia genito-urinária e, a longo prazo, osteoporose e alterações cardiocirculatórias. Porém, há mulheres que passam por essa fase da vida sem queixas ou necessidade de medicamentos. No entanto, é fundamental que haja um acompanhamento sistemático visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato dos agravos e a prevenção de danos decorrentes desse processo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). As mudanças físicas e emocionais que marcam o climatério são parte do desenvolvimento feminino, gerando medo e desconfiança nas mulheres que dele se aproximam, o que afeta negativamente a construção da sua auto-estima. Ainda, com a expectativa de vida da mulher em torno de 75 anos, ela

passará um terço de sua vida no climatério. Esse dado reforça a necessidade de se discutir sobre o assunto com as mulheres, permitindo-lhe manifestarem suas percepções em relação e esta etapa de vida, de conhecerem seu corpo e os aspectos culturais que envolvem o tema, bem como, revelar suas necessidade de saúde e buscar caminhos que possibilitem satisfazê-las. Uma vez que, no âmbito da saúde sexual, o climatério envolve questões importantes, como: feminilidade, beleza e jovialidade, fertilidade e libido, capazes de ressignificar a visão da mulher sobre si mesma e sobre o mundo nessa fase. **Objetivo:** Ao analisar esses aspectos, esse estudo tem como objetivo conhecer e analisar a produção científica da área de saúde, dos últimos dez anos, acerca das percepções e vivências de mulheres climatéricas, sobre o período pelo qual se encontram. **Metodologia:** Para atender a questão norteadora e aos objetivos propostos por este estudo foi realizado um estudo bibliográfico, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. O instrumento utilizado para coleta de dados foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir do descritor "climatério". Foram encontrados 136 artigos, sendo refinados a partir dos seguintes critérios de inclusão: artigos completos, em português, publicados de 2000 a 2010, e que o resumo evidenciasse assuntos referentes às percepções e vivências de mulheres climatéricas. Alguns artigos não puderam ser acessados devido a falhas do sistema. Assim, resultaram 13 artigos. Os artigos foram lidos e analisados na íntegra e, a partir de então utilizou-se a análise temática proposta por Minayo. O período de coleta de dados foi desenvolvido nos meses de outubro e novembro de 2010. **Resultados e discussão:** O climatério é frequentemente percebido de forma negativa pelas mulheres, estando associado ao envelhecimento e proximidade com a morte. Além disso, algumas mulheres têm dificuldade de entender o climatério e o confundem com a menopausa (SANTOS E CAMPOY, 2008; ZAMPIERI et al., 2009). As mulheres climatéricas, identificam que essa fase da vida é repleta de sintomas como: fogachos, amenorréia, suores exacerbados, tonturas, calafrio, palpitação, dor no corpo, dor de cabeça, aumento de peso, visão turva, cólica menstrual, falta de ar, mal-estar, hemorragias, mudanças no humor, irritabilidade, insônia e transtornos de memória (SANTOS E CAMPOY, 2008; VALENÇA E GERMANO, 2010; ZAMPIERI et al., 2009). Percebe-se também, que a sexualidade e outros aspectos como a vida social, cultural, juventude e relações afetivas estão em discussão no período do climatério. Ou seja, que a sexualidade da mulher climatérica entra em transformações e adaptações, que dependem de como cada uma encara esse período, e como interpreta as atitudes das pessoas que a cercam (GONÇALVES E MERIGHI, 2009; SANTOS E CAMPOY, 2008; ZAMPIERI et at., 2009). Durante essa fase, a mulher passa por situações que podem marcar sua afetividade e sexualidade, como o desinteresse sexual do parceiro e pelo parceiro, além da baixa da libido. Esses fatores podem levar a baixa estima da mulher. O diferencial para a satisfação do prazer mútuo estará vinculado ao afeto e ao desejo de estar com o outro (GONÇALVES E MERIGHI, 2009). Também, a exigência exacerbada e desgastante pela eternidade da beleza e da jovialidade se agrava no climatério, período no qual o corpo das mulheres não tem o vigor físico de outrora pelas alterações decorrentes do inevitável processo de envelhecimento. Em consequência, elas podem viver um estado de insegurança emocional perante tais transformações. Ao afetar a autoestima negativamente, essas mulheres podem se considerar menos atraentes e desejáveis, tornando-se inseguras, prejudicando muitas vezes seu convívio familiar, conjugal e social (VALENÇA E GERMANO, 2010; GONÇALVES E MERIGHI, 2005; SANTOS E CAMPOY, 2008). Para isso destaca-se a importância da reposição hormonal, como uma fonte de ajuda, para que haja melhora na vida sexual e menos sintomas da menopausa (SANTOS E CAMPOY, 2008; VALENÇA E GERMANO, 2010; GONÇALVES E MERIGHI, 2005). O climatério também pode ser compreendido como um período repleto de morbidades, sendo um desafio a ser superado por muitas mulheres. Cabe à enfermeira estabelecer uma relação horizontal, de forma que elas se sintam valorizadas e motivadas a refletirem sobre seu modo de vida

e seus limites, através de práticas educativas (VALENÇA E GERMANO, 2010; GONÇALVES E MERIGHI, 2009). **Considerações finais:** Diante dessas considerações, percebemos que o climatério é descrito pelas mulheres como uma fase na vida permeada de preconceitos e *tabus*, podendo trazer-lhe desconfortos e sintomas desagradáveis, como alterações psicossociais e fisiológicas. Além disso, é pouco compreendida por elas, pois o climatério é entendido como menopausa, ocasionando grande confusão. Desta maneira, algumas mulheres climatéricas ficam vulneráveis a situações referentes à sexualidade, beleza e feminilidade, revolucionando o seu ser. Portanto, para que elas se sintam autoconfiantes, e enfrentem essa fase da vida como uma transição normal, é de fundamental importância o acompanhamento desta mulher por uma equipe multiprofissional. Nesse contexto, os profissionais de saúde devem intervir e colaborar na tentativa de suprimir esses sintomas, desmistificando a percepção negativa do climatério, e auxiliando essas mulheres a entender as mudanças físicas e emocionais e viver plenamente esse período. Para que isso ocorra deve ser utilizado a educação em saúde como uma estratégia que pode envolver as mulheres, e até mesmo seus parceiros na compreensão desse processo e no desenvolvimento de um novo olhar sobre essa fase da vida feminina. O acolhimento, a escuta, a formação de grupos de apoio e a relação dos profissionais com as mulheres climatéricas são ferramentas que podem ser utilizadas nesse contexto. Dessa forma, assumindo essas perspectivas, o climatério pode ser conduzido com um 'novo olhar' para muitas mulheres, como um momento de redescoberta, de construção de novos sonhos e de um novo começo para elas, despertando nelas uma forma natural de viver essa nova fase da vida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2008. 192 p.

GONÇALVES, Roselane; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. **O climatério: a corporeidade como berço das experiências do vivido.** Rev. Latino-am Enfermagem 2005 nov-dez; 58(6):692-7.

SANTOS, Lívia Matavelli; CAMPOY, Marcos Antonio. **Vivenciando a menopausa no ciclo vital: percepção de mulheres usuárias de uma unidade básica de saúde.** O Mundo da Saúde São Paulo 2008; 32(4):486-494; pág. 486 – 494.

VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros. **Concepções de Mulheres Sobre Menopausa e Climatério.** Rev. Rene. Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 161-171, jan./mar.2010. Pág: 161 – 171.

ZAMPIEIRI, Maria de Fátima Mota; HAMES, Maria de Lourdes Campos; FALCON, Gladys Santos; SILVA, Alcione Leite de; GONÇALVES, Lúcia Takase; TAVARES, Celina Maria Araujo. **O processo de viver e ser saudável das mulheres no climatério.** Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13 (2): 305-12

15 ATITUDES E PERCEPÇÕES DE GESTANTES E PUÉRPERAS FRENTE AO PRÉ-NATAL E PUÉRPERIO

SALBEGO, Laurem Paz
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Email: laurempaz@hotmail.com)

RAMOS, Aline Krüger
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

PRATES, Lisie Alende
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

DORNELLES, Rochele Santana
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

LIPINSKI, Jussara Mendes
(Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Descritores: Gestantes. Assistência pré-natal. Período pós-parto. Unidade Básica de Saúde. Enfermagem.

Relato de experiência referente ao projeto de pesquisa "Perfil da Atenção Materno-Infantil no município de Uruguaiana", ocorrido durante o ano de 2010, o qual tinha como objetivo geral conhecer as ações relacionadas à saúde das mulheres e crianças realizadas no município de Uruguaiana. A pesquisa foi realizada em duas fases: a primeira fase deu-se em bases disponíveis via eletrônica e em documentos da Secretaria Municipal de Saúde do município e a segunda fase através de entrevista semi-estruturada e observação nas Unidades Básicas de Saúde do município, onde identificamos os maiores números de gestantes cadastradas. O estudo se caracterizou pela combinação de métodos qualitativo e quantitativo, seguindo os pressupostos de Minayo (2007). De acordo com a autora, o estudo de natureza qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. Já as abordagens quantitativas, conforme a autora visam trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Dessa forma, ao combinarmos os métodos qualitativo e quantitativo, Minayo afirma que entre eles há uma oposição complementar. Cada um deles tem seu próprio papel, seu lugar e sua adequação, e podem conduzir a resultados relevantes sobre a realidade social. Sendo assim, não há possibilidade de atribuir prioridade de um sobre o outro. Portanto, quando combinados levam a um maior aprofundamento na pesquisa. O processo de trabalho científico, nesta concepção, passou por três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental. Na terceira fase, dentre os resultados evidenciados na análise e interpretação dos dados qualitativos, categorizou-se a temática "Atitudes e percepções de gestantes

e puérperas frente ao pré-natal e puérperio". Acerca dessa categoria, observamos durante a realização do estudo, a baixa procura das usuárias, sejam elas gestantes ou puérperas, aos serviços oferecidos nas seis Unidades Básicas de Saúde do município estudadas. As participantes do estudo também queixaram-se da falta de esclarecimentos por parte dos profissionais de saúde quanto à importância do pré-natal, seja esta para saúde da mulher, como para a saúde da criança. Elas não sabem identificar os motivos para realização de um pré-natal de qualidade, porque retornar à Unidade Básica de Saúde para a consulta puerperal, assim como não sabem informar quais os exames já haviam realizado durante a gestação, o motivo e a importância de os terem feito e ainda quantos teriam de fazer até o final da gestação. Ressalta-se, ainda, que algumas delas não estavam em sua primeira gestação, e ainda assim, não sabiam responder as questões referentes aos exames rotineiros do período gestacional. Ao relacionarmos essas informações com a escolaridade das usuárias, observamos que a maioria delas apresentava uma baixa escolaridade. No entanto, não consideramos que a baixa escolaridade, explique a falta de esclarecimentos das mulheres, pois acreditamos que a falha encontra-se justamente nas orientações prestadas pelos profissionais que atendem essas usuárias. Estes poderiam buscar novas alternativas de educação em saúde para trabalhar com as mesmas e não o fazem; e isso se deve ao fato de que, muitas vezes, isso não faz parte da rotina assistencial destes profissionais e estes não trabalham na perspectiva de mudança. Ou se deve à instituição, que não permite tais mudanças, exigindo de seus profissionais uma rotina organizacional, onde não é possível a assistência com novas abordagens, visando à promoção da saúde materno-infantil. Cabe, portanto, sensibilizar o profissional para que este passe a trabalhar novas estratégias ao orientar as usuárias, a fim de garantir que obtenham a maior quantidade de informações necessárias para seu autocuidado e cuidado daqueles que delas necessitam. Pois, tendo em vista que os usuários dos postos de saúde são, geralmente, oriundos das camadas mais carentes da população, e, muitas vezes, são àqueles que apresentam os maiores problemas de saúde e que também necessitam de uma atenção de boa qualidade, as ações de saúde deveriam ser, portanto, reavaliadas para tentar reverter essa situação. Ademais, constatamos que gestantes e puérperas desconhecem a quantidade de consultas necessárias para um pré-natal de qualidade e a possibilidade de esclarecimento de dúvidas durante a consulta puerperal e, portanto, a importância de retornar a unidade de saúde para essa consulta. Muitas manifestaram não frequentar às consultas de puérperio pelo fato de já serem multíparas e não apresentarem dúvidas. No entanto, durante a realização das entrevistas todas apresentaram, no mínimo, uma dúvida sobre questões básicas do pré-natal e/ou do puérperio. Um dos profissionais de uma das Unidades de Saúde estudadas referiu que as usuárias também não frequentam o grupo de gestantes, o que comprova a falta de conhecimentos das mesmas acerca da importância dos encontros do grupo em proporcionar a troca de experiências e saberes, com vistas a solucionar dúvidas que, muitas vezes, todas tem em comum. Porém, o que ainda evidencia-se claramente consiste na necessidade de vencer a resistência de certos profissionais, os quais ainda tem muitas dificuldades em assistir às usuárias de uma forma diferenciada, respeitando as suas subjetividades, autonomia, necessidades e contextos. Esse estudo serviu de experiência e conhecimento ao demonstrar a necessidade de trabalharmos nossa criatividade dentro da graduação para buscar novas abordagens para educação em saúde, a fim de melhorar essa potencialidade com vistas a utilizá-la com maior facilidade no transcorrer da prática profissional, proporcionando melhor qualidade no cuidado de enfermagem. No tocante a saúde materno-infantil, utilizando essas estratégias podemos construir, em conjunto, com a usuária e sua família, conhecimentos acerca dos cuidados com o recém-nascido e o aleitamento materno. Fazendo com que estas se sintam mais auto-suficientes e capazes, assim como propiciando com que nos tornemos profissionais não mais centrados apenas no aprendizado tecnicista e racional, mas trabalhando também a individualidade do sujeito e o exercício da crítica e sensibilidade. A

realização deste projeto proporcionou a reflexão das pesquisadoras e a possibilidade de novas temáticas dentro dessa temática, com vistas a estimular às equipes de saúde para novas abordagens no trabalho de educação em saúde concomitante com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Referências

MENDOZA-SASSI RA, CESAR JA, ULMI EF, MANO OS, DALL'AGNOL MM, NEUMANN NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007.

MINAYO MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo. Hucitec, 2007.

QUEIROZ MVO, JORGE MSB, MARQUES JF, CAVALCANTE AM, MOREIRA KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. Texto & Contexto de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 479-487, jul./set. 2007.

SANTOS IS, BARONI RC, MINOTTO I, KLUMB AG. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. Revista de Saúde Pública, v. 34, n. 6, p. 603-609, 2000.

16 BONECO EDUCATIVO COMO ESTRATÉGIA NAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM PEDIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MACHADO, Bruna Parnov
(Enfª Mestranda PPGEnf/UFSM. E-mail: bruninha_pmachado@hotmail.com)

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
(Enfª Profª Drª Docente da UFSM e vice-diretora de Enfermagem do HUSM.)

FERREIRA, Tanise Finamor
(Enfermeira. Pós Graduanda em Formação Pedagógica e Terapia Intensiva: Ênfase em Oncologia e Controle de Infecção Hospitalar. UNIFRA.)

AMTHAUER, Camila
(Enfª graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/CESNORS.)

RABENSCHLAG, Liange
(Enfª docente da Faculdade Integrada de Santa Maria)

SILVA, Sérgio Arthur Fernandes
(Enfº Mestrando PPGEnf/UFSM)

Descritores: Enfermagem; Saúde da Criança; Educação em Enfermagem; Criança Hospitalizada

Introdução: No âmbito hospitalar, a evolução da assistência à saúde da criança caminhou do internamento que rompia o vínculo afetivo com a família para o modelo de alojamento conjunto, que passou a envolver a família na hospitalização, na promoção da saúde e prevenção de doenças a seus filhos. Em nosso país, essa nova abordagem emergiu e passou a ser amplamente discutida em 1990 com a oficialização do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual determina que os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para que um dos pais ou responsável permaneça com a criança ou adolescente em tempo integral durante toda a internação hospitalar. Hoje, a Pediatria é vista como um ramo da Medicina que atende o indivíduo durante o período da fecundação à puberdade. Este atendimento está dividido em duas atividades a Puericultura que trata da parte de prevenção, e a Clínica Pediátrica, que é curativa (MARCONDES, 2003). Sendo assim, a enfermeira possui atuação direta em ambas atividades, pois seu propósito é promover a prevenção de doenças ou lesões (através de trabalho educativo com os familiares), além da proteção e assistência às crianças. Para Brasil (1991) a hospitalização é um fenômeno estressante e potencialmente traumatizante para a criança, pois nesse período ela se depara com vários desafios, dentre eles a separação da (família, amigos, escola), adaptar-se a um novo ambiente assim como ajustar-se a múltiplos responsáveis (pais, médicos, enfermeiros), dentre outros. Segundo Pinto, et.al. (2009) a enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde. Por se tratar da assistência de indivíduos os quais o processo de crescimento e desenvolvimento necessitam ser estimulados o lúdico vem a ser indispensável na assistência infantil. Nesse sentido, necessita-se de uma constante sensibilização da equipe de enfermagem para que aspectos lúdicos do mundo infantil sejam preservados e aplicados durante a maior parte do tempo em que a criança permanecer hospitalizada. No cotidiano de saúde infantil um grande número de crianças que são hospitalizadas por diferentes motivos, sendo a causa destas, muitas vezes, evitável (MADEIRA, 2010). As crianças quando hospitalizadas, ficam expostas à uma série

de riscos, tanto do ponto de vista físico, quanto psicológico. Isto sem considerar que, ao retornarem aos domicílios, grande parte das crianças, principalmente as que se encontram em situações de vulnerabilidade, tem aumentado o risco de "re-hospitalização", devido à negligência de cuidados. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é apresentar um relato de vivências em relação ao uso de bonecos educativos nas orientações de enfermagem para os familiares e para as crianças hospitalizadas com vistas ao cuidado continuado em ambiente domiciliar e diminuição da "re-hospitalização" por causas evitáveis. **Metodologia:** Este trabalho trata-se de um relato de experiência das atividades desenvolvidas durante o Estágio Supervisionado II (ESII) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. O cenário de atuação foi a Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) a qual está localizada no 6º andar e possui um total de 16 leitos funcionantes, distribuídos da seguinte forma: 3 leitos para lactentes, 1 leito para isolamento, 2 leitos para pré-escolares, uma enfermaria para pacientes cirúrgicos com 5 leitos e uma enfermaria para pré-escolares com 5 leitos. Os demais espaços da estrutura física da unidade: são depósito de materiais, uma sala para reuniões e aula, uma sala de lanche, sala de procedimentos, expurgo, sala de medicação, posto de enfermagem, sala de prescrição médica, sala de descanso para médicos, recepção, lactário, rouparia, banheiro para acompanhantes e uma brinquedoteca. Fazem parte do contingente da equipe de saúde: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionista, psicóloga, docentes, residentes e acadêmicos da área da saúde. O período de desenvolvimento do ESII na UIP foi do dia 20 de outubro ao dia 07 de dezembro de 2010, totalizando um total de 13 turnos, equivalentes a 78 horas/relógio. Primeiramente foi realizado um levantamento em conjunto com a equipe de enfermagem acerca das principais necessidades da UIP em relação à complementação e melhoria da prática assistencial. Dessa maneira, foi elaborado um Plano de Ação, o qual contemplou a realização de orientações aos pais e crianças por meio da confecção de bonecos educativos. Para tanto, foi confeccionado dois bonecos contendo réplicas de dispositivos invasivos e suas respectivas localizações no corpo da criança. Para complementar, foi elaborado um roteiro com os principais pontos a serem destacados durante o processo de educação em saúde. **Resultados principais:** A UIP do HUSM caracteriza-se pelo grande fluxo de pacientes com variados tipos de patologias e cuidados. Dentre as principais causas de internação observadas durante o período do ESII, estão crianças acometidas por doenças crônicas, crianças com necessidades especiais (CRIANES), pacientes cirúrgicos, acidentados, dentre outros. Em vista disso, considerou-se importante a realização de atividades voltadas para ações educativas contemplando orientações ao binômio acompanhante-criança de uma forma acessível, lúdica e didática. Salienta-se a importância do planejamento do cuidado para uma melhor distribuição do tempo e de um melhor atendimento aos pacientes. É importante que o enfermeiro desde a passagem de plantão desenvolva um plano para cada paciente individualmente. Durante as intervenções procurou-se realizar orientações aos pais e acompanhantes e a própria criança, quando possível. Tendo em vista a necessidade de aperfeiçoamento e complementação das orientações de enfermagem optou-se pela elaboração de um material educativo para orientações acerca de procedimentos cirúrgicos e dispositivos utilizados pelas crianças durante o período de internação e também o seu cuidado domiciliar, quando necessário. Para isso, foram confeccionados dois bonecos, contendo uma gastrostomia, um cateter venoso central e uma sonda naso-enteral. Salienta-se que os materiais hospitalares utilizados, estavam fora do prazo da validade e, portanto, impossibilitados de uso pelos pacientes, já os bonecos foram doados pela própria acadêmica. Como complemento, também foi elaborado um roteiro-guia, a fim de facilitar e sistematizar o processo de educação em saúde. Os bonecos foram utilizados sempre que ocorriam casos de pacientes com necessitem do uso, permanente ou temporário dos dispositivos acima descritos e também antes e

após procedimentos cirúrgicos. O método teve uma boa aceitação por parte dos pais e acompanhantes, uma vez que a possibilidade de visualização, manuseio e explicação puderam esclarecer dúvidas de como proceder de maneira correta em relação a determinados cuidados. Assim, acredita-se que possa ser possível proporcionar um atendimento mais qualificado à criança enferma e ao seu familiar/acompanhante. **Conclusões:** Quanto ao trabalho desenvolvido na UIP, espera-se que a confecção do material educativo venha despertar cada vez mais a equipe de enfermagem para a importância de agregar elementos criativos e lúdicos às orientações e ao processo de educação em saúde, o qual tem de ser pensado com base na promoção da saúde e no atendimento integral/holístico do paciente. Portanto, as experiências e as iniciativas descritas foram desenvolvidas no intuito de que seus aspectos positivos tenham uma continuidade por meio da adesão dos profissionais à métodos que incluam o comprometimento e à inovação no processo de cuidar. Acredita-se que esse método pôde proporcionar aos pais e acompanhantes uma melhor compreensão acerca dos cuidados corretos em relação às necessidades de saúde de seus filhos. Também se espera ter contribuído na disseminação da ideia junto a equipe de enfermagem acerca de seu papel na busca pela minimização de riscos de contaminação decorrentes principalmente do manuseio inadequado de dispositivos invasivos no ambiente domiciliar e, por consequência, a prevenção de "re" hospitalização por causas evitáveis. Assim, fica a expectativa de que a dedicação depositada durante o período de estágio e a estratégia proposta continue a ser desenvolvida e contribua para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem e para a qualidade da saúde das crianças.

Referências

BRASIL. Ministério da saúde. **Estatuto da criança e adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

MADEIRA, L. M. **Alta Hospitalar da Criança:** implicações para a enfermagem.Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/MADEIRA.HTM>. Acesso em: 21 mai. 2010.

MARCONDES E, org. **Pediatria básica.** 9ª ed. São Paulo: Sarvier, v.1, 2003.

PINTO, M. C. M, CAMATA, D. G, OLIVEIRA, A, de C, DALGE, D. P, PAES, A, T. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. **Rev. Einstein**, v.7, n.1, p.18-23, 2009.

17 CUIDADO SINGULAR DO ENFERMEIRO À CRIANÇA SUBMETIDA AO TESTE DE HORMÔNIO DE CRESCIMENTO: ESTÍMULO CLONIDINA

HOFFMANN, IZABEL CRISTINA
(Enfermeira Área Ambulatorial - Hospital Universitário de Santa Maria, Doutoranda em Enfermagem – UNIFESP/EEAN/UFSM, e-mail: izabel.h@gmail.com)

GRACIOLI, JOCELAINE CARDOSO
(Enfermeira Área Ambulatorial - Hospital Universitário de Santa Maria)

Descritores: Saúde da criança; Ambulatório hospitalar; Cuidados de enfermagem; Hormônio do crescimento; Clonidina.

Introdução: O enfermeiro desempenha um importante papel na realização de testes hormonais para auxiliar no diagnostico médico na deficiência de hormônio do crescimento em crianças de baixa estatura, entre outros fatores do desenvolvimento. Faz-se necessário ressaltar que o hormônio do crescimento (GH), polipeptídio produzido e secretado por células especializadas localizadas na hipófise anterior, tem por principal função a promoção do crescimento e do desenvolvimento corporal. Além disto, participa da regulação do metabolismo de proteínas, lipídios e carboidratos. Existem poucos estudos brasileiros sobre a incidência da deficiência de GH; em estudo americano, a incidência foi de um em cada 3.480 nascidos vivos. A deficiência de GH pode ser congênita ou adquirida. As causas congênitas são menos comuns e podem ou não estar associadas a defeitos anatômicos. As causas adquiridas incluem tumores e doenças infiltrativas da região hipotálamo-hipofisária, tratamento cirúrgico de lesões hipofisárias, trauma, infecções e infarto hipofisário ou radioterapia craniana. A deficiência de GH ocorre de maneira isolada ou em associação a outras deficiências de hormônios hipofisários.(1) Outros autores, destacam que a deficiência do hormônio de crescimento (DGH) pode ser causada por várias alterações: antropométricas, clínicas, bioquímicas e metabólicas originadas, diretamente, pela secreção deficiente de hormônio de crescimento (GH) e, indiretamente pela redução na geração de hormônios e fatores de crescimento GH-dependentes.(2) A freqüência de DGH é referida como sendo aproximadamente 1:4.000 crianças. Quanto à apresentação, a DGH pode: ser idiopática ou orgânica; aparecer de forma isolada ou combinada com deficiência de outros hormônios hipofisários; estar associada a uma disfunção primária das células hipofisárias ou pode ser secundária a alguma disfunção na produção do hormônio liberador de GH (GHRH) no hipotálamo; ser esporádica ou familiar; e, finalmente, a deficiência de GH pode ser completa ou parcial.(3) Todos os pacientes apresentam hipotensão e sonolência. O repouso após o teste é fundamental. Apenas liberar para atividade física quando tiver passado o efeito do medicamento, 1 a 2 horas após o teste. Este teste está contra indicado para pacientes com problemas cardíacos: pode levar à descompensação cardíaca e hipotensão severa. Pacientes convulsivos: o teste é contra indicado. A clonidina é uma droga hipotensora que atua como agonista α2-adrenérgico central, causando redução no estímulo simpático a partir do sistema nervoso central e diminuição da resistência periférica. O cloridrato de clonidina age relativamente rápido, com pico de concentração plasmática e efeito hipotensor máximo em 1 a 3 horas após a administração oral. A eliminação da droga varia de 6 a 24 horas, com média de 12 horas; e em crianças a meia-vida parece ser menor (1,8 a 2,4 horas). (4) **Objetivo:** Este estudo visa descrever a atuação do enfermeiro no cuidado com a criança que se submete ao teste GH, com o estímulo clonidina. **Metodologia:** A intervenção do enfermeiro, no ambulatório de pediatria de um hospital escola no interior do Rio Grande do Sul, segue um protocolo para realização do teste. Esse

protocolo inicia na indicação do endócrino-pediatra, autorização familiar para chegar ao agendamento (data e hora) do teste com a enfermeira; na orientação à criança e aos pais/responsáveis sobre o procedimento de coleta das amostras de sangue pela punção de rede venosa; no preparo da criança que antecede o exame, ou seja, a criança deve estar em jejum de 6 horas, não ter intercorrências de saúde (febre, vomito, diarréia...), trazer um alimento salgado para a criança alimentar-se no pós-teste, também é orientado sobre os efeitos colaterais provocados pelo estimulo da medicação utilizada para sedar a criança, ou seja, o uso da clonidina 0,150mg via oral após a primeira coleta de sangue basal, provoca sonolência e pode ocorrer a queda na pressão arterial. No dia do teste de GH, segue-se o protocolo a seguir: a) Obtenção do acesso venoso periférico, com escalpe (23 ou 21); b) Aferição da pressão arterial (artéria cubital) com esfigmomanômetro apropriado, após 15 min de repouso; c) Administração de clonidina em miligramas conforme protocolo (Atensina®, Boehring Ingelheim) via oral no tempo 0; d) Medição da pressão arterial após 30 min e 60 min e ao final do teste (120 min), ou conforme necessidade; e) Avaliação do nível de sedação aos 60 min e ao final do teste, de acordo com a escala de Ramsay: 1)acordado e agitado ou inquieto; 2) acordado, cooperativo e tranqüilo; 3) acordado, porém apático; 4) dormindo e rapidamente responde ao ser chamado; 5) dormindo e com resposta lenta ao ser chamado, 6) sono profundo, não responde; na sequencia, f) Coletas das amostras de sangue para dosagem de GH nos tempos 0, 30, 60, 90 e 120 minutos após a administração da droga ou quando especificado pelo médico-assistente (5). Diante desse protocolo a importância no preparo do material (seringas, tubos de ensaio, medicação, relógio despertador, equipo, solução fisiológica...) e equipamentos (balança, régua, estetoscópio, esfignomanômetro pediátrico,...). Prepara-se o ambiente, punciona-se veia com escalpe e solução fisiológica para permeabilizar o acesso venoso, faz-se coleta basal e após, administra-se o estímulo clonidina 0,150mg, via oral, dose proporcional ao peso da criança, é feito um cálculo específico. A seguir são coletadas mais quatro coletas de 30/30 minutos e coloca-se em tubo de ensaio para encaminhar ao laboratório de análise da instituição. O tempo da coleta acontece em duas horas, porém as ações prestadas antes, durante e após a coleta que são cuidados essenciais para que o procedimento ocorra de maneira adequada, muitas vezes ultrapassam quatro horas. Vários cuidados são implementados pelo enfermeiro, desde a verificação dos sinais vitais, em especial a pressão arterial, freqüência cardíaca, são realizadas nos intervalos das coletas. Durante o teste a criança permanece em decúbito dorsal. Ao término da coleta, acontece a infusão de solução fisiológica 0,9% conforme prescrição médica; quando paciente está mais alerta é oferecido o lanche salgado, Quando a criança está em estado alerta e cooperativa a mesma é acompanhada na deambulação e nesse momento é feita a observação para prevenir a hipotensão postural. Assim, são realizados vários cuidados até a liberação do paciente em condições alerta. As amostras de sangue são rotuladas conforme protocolo de coleta e entregue ao laboratório de analise do hospital pelo enfermeiro. **Resultado:** quando ocorre a orientação presencial da enfermeira aos pais, observa-se que há melhor compreensão dos pais/crianças sobre o procedimento, esses contribuem para a tranqüilidade da criança; a organização da sala e dos materiais/equipamentos favorecem o enfermeiro para implementar o cuidado adequado no momento do teste. A presença da enfermeira, no momento do teste permite segurança a criança, pais e ao médico que solicita o exame, quando há intercorrências as ações tem sido implementada em conjunto (enfermeiro e médico). Pois, o teste de GH, com estimulo clonidina provoca sonolência pela hipotensão arterial, geralmente a criança dorme durante todo o teste, os sinais/sintomas variam conforme a condição clinica de cada uma e essa pode reagir de maneira diferenciada, com risco para convulsão. Fator limitante da realização do teste em área ambulatorial é a infraestrutura inadequada para suporte nas intercorrências, pois nem sempre há vagas em leito de Unidade de Terapia Intensiva para internar a criança na realização deste teste, com segurança ao paciente e

equipe. **Conclusão:** A ênfase no cuidado singular a criança submetida ao teste GH, estimulo clonidina reflete no processo de assistência implementada antes, durante (a coleta do sangue em si) e após o teste; exigindo atenção, organização, qualificação e competência técnico-cientifico do enfermeiro, equipe multidisciplinar e multidimensional para que se possa praticar intervenção precoce na redução dos efeitos colaterais provocados pelo estímulo. As ações adotadas com as crianças que investigam o hormônio de crescimento têm proporcionado práticas confiáveis que fazem a diferença com a presença em especial do enfermeiro e equipe na segurança dos pacientes, minimizando os riscos de eventos indesejáveis.

Referências

1 Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Portaria SAS/MS n. 110, de 10 de março de 2010. (Republicada em 12.05.10) Deficiência de Hormônio do Crescimento – Hipopituitarismo. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pcdt_def_hormonio_cres_hipopituitarismo_livro_2010.pdf. Acesso em: 14/04/2011.

2 Saggese G, Ranke MB , Saenger P, Rosenfeld RG, Tanaka T, Chaussain JL, et al. Diagnosis and treatment of growth hormone deficiency in children and adolescents: towards a consensus. Ten years after the Availability of Recombinant Human Growth Hormone Workshop held in Pisa, Italy, 27-28 March 1998. Horm Res 1998; 50:320-4

3 Jorge AAL, Setian N. Projeto Diretrizes: Baixa Estatura por Deficiência do Hormônio de Crescimento: Diagnóstico. Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2004, – Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/4_volume/01-BaixaEstd.pdf, Acesso em: 13/04/11.

4 Maruí, S. et al. Tolerância ao Teste da Clonidina em 180 Pacientes: Estudo da Eficácia da Expansão Volêmica Para o Controle de Hipotensão Arterial. Arq Bras Endocrinol Metab vol 49 nº 4 Agosto 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abem/v49n4/a07v49n4.pdf. Acesso em:13/04/2011.

5 MONTE, O.; LONGUI C.A.; CALLIARI, L.E.P; KOCHI, C. Endocrinologia para o Pediatria, 3 ed., São Paulo: Atheneu, 2006.

18 EDUCAÇÃO CONTINUADA NUMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA NECESSIDADE LEVANTADA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PADILHA, Priscila Kelly
(Enfermeira assistencial da UIP do HUSM, especialista em Saúde da família – pkdp79@yahoo.com.br)

LEAL, Aline Baldissera
(Técnica de enfermagem do HUSM. Enfermeira, especializanda em Urgência, Emergência e Trauma)

SEVERO, Valéria Regina Gais.
(Enfermeira assistencial da UIP do HUSM . Especialista em Projetos Assistenciais de Enfermagem- Cuidar e ser cuidado: um desafio para equipe de enfermagem da Unidade de Internação Pediátrica)

Descritores: Educação continuada; Enfermagem; Pediatria.

A equipe de enfermagem que atua na Unidade de Internação Pediátrica é constantemente desafiada a aliviar dores e confortar as crianças em suas diversas patologias, neste contexto, envolve toda estrutura familiar. Durante a realização dos cuidados, a preocupação principal está centrada na possibilidade de diminuir o sofrimento da criança. Observamos que a enfermagem na área pediátrica vem sendo alvo de uma série de pesquisas, objetivando a melhoria na atuação da assistência à criança hospitalizada. Verificamos esta realidade em nosso ambiente de trabalho, a Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), em que necessitamos renovar e ampliar nossos conhecimentos constantemente. As demandas assistenciais, gerenciais e educativas, a cada dia, exigem profissionais mais qualificados que venham a suprir as necessidades apresentadas. Em decorrência disto, buscamos trabalhar com a estratégia da educação continuada. SILVA et al (1989) informam que as práticas educacionais planejadas tem intuito de promover o desenvolvimento do funcionário a fim de ajudá-lo a ser mais eficiente e eficaz. Desta forma poderá proporcionar melhorias à equipe de enfermagem uma vez que implica em atualizações em função de suas necessidades e da própria instituição a que presta serviço. Segundo a OMS (Brasil,1990) a educação continuada é essencial para a qualidade da assistência à saúde. As Conferências Nacionais de Recursos Humanos para Saúde de 1986 e 1993 inclusive informam sobre esta necessidade. De acordo com um estudo de Paschoal, Montovani e Méier (2007) entendem que esta educação dá-se através de informações formais, planejadas, direcionadas, aplicadas e avaliadas tendo em vista a necessidade do trabalho. SILVA e SEIFERT (2009) informam em outras palavras que envolve as seguintes fases: levantamento das necessidades, estabelecimento de metas e objetivos, estudo da viabilidade de recursos, determinação dos programas e avaliação periódica dos serviços. Desta forma percebe-se que demanda planejamento para ser eficiente e eficaz e que deve ter a flexibilidade necessária para adaptação à realidade. KURCGANT (2005) traz a educação continuada com a finalidade de promover o crescimento pessoal e profissional, com atribuições para alcançar os objetivos específicos como: participar dos processos de mudança da organização, compreendendo o processo de trabalho; incentivar as pessoas ao autodesenvolvimento; analisar e desenvolver competências individuais e coletivas; capacitar os enfermeiros para difusão de conhecimento; coordenar o processo de recrutamento e seleção; coordenar programas de treinamento e desenvolvimento; coordenar o processo de avaliação e desempenho profissional; avaliar os processos de educação continuada e analisar e documentar esses processos. Do exposto percebe-se que não só a instituição, o profissional mas principalmente as crianças poderão ser beneficiados. Diante da complexidade das ações busca-se

cada vez mais conhecimentos teóricos e principalmente práticos para melhor desenvolver as atividades do cotidiano de trabalho. As práticas educativas devem possibilitar aos indivíduos a aquisição de habilidades para a tomada de decisões na busca de um atendimento de qualidade e não somente de quantidade. É dentro dessas concepções de educação, saúde e educação continuada, que acreditamos que o profissional de saúde desenvolve o papel de defensor-facilitador para os grupos sociais com os quais interagem e que necessitam de mudanças sociais. Para esta atividade de educação continuada tem-se como objetivo realizar momentos de discussão e reflexão em relação às temáticas escolhidas pela equipe de enfermagem, buscando aprimorar conhecimentos e melhorar a qualidade do atendimento prestado à criança hospitalizada. Conforme KURGANT (2005) para se viabilizar os objetivos e concretizar as atribuições, os profissionais envolvidos na educação continuada devem manter-se integrados aos ambientes interno e externo e às políticas, preocupando-se em desenvolver suas próprias competências capacitando-se e atualizando-se para propostas pedagógicas a fim de implementar tecnologias de ensino. Desta forma o alcance da proposta se torna viável. Como metodologia de trabalho, foi realizada uma reunião de rotina da equipe de enfermagem da unidade de internação pediátrica do hospital universitário, onde foi abordado a necessidade de desenvolver a educação continuada na unidade, com propósito de resgatar e ampliar os conhecimentos técnico-científicos. Nessa ocasião foram escolhidos os profissionais responsáveis para desenvolver esta atividade: um servidor técnico de enfermagem e um enfermeiro por turno. Desta forma cada grupo pesquisou sobre as sugestões de temas conforme a necessidade levantada pela equipe, para serem apresentados em cada turno de trabalho. As temáticas escolhidas foram meningite, leucemia, síndromes diversas, pneumonias, erros inatos do metabolismo, diabetes, vacinas em crianças, maus tratos na infância, tetralogia de Fallot. Também foi solicitado capacitação de reanimação cardio - pulmonar e programas educativos com enfoque em relações interpessoais, motivação, auto-estima. A socialização do conteúdo ficou dividido entre cada grupo de técnicos em seus respectivos turnos que divulgarão para os demais funcionários, sendo que os profissionais de enfermagem de outro turno terão acesso após , tendo em vista que o material ficará impresso e arquivado numa pasta. Sendo assim poderá ser consultado a qualquer momento quando necessário. Como resultados esperados pretendemos buscar estratégias para realizar esta proposta de trabalho, uma vez que estamos apresentando dificuldades na implementação dos grupos de estudos devido a sobrecarga de serviço, número reduzido de funcionários, férias, atestados, entre outros. Apesar das dificuldades temos consciência de que esta busca é extremamente relevante, tendo em vista os benefícios que surgirão após sua implantação. O papel da educação continuada é apoiar estes processos de mudança, adotando uma gestão de pessoal que considere o homem como centro da organização, sensibilizando as pessoas quanto à responsabilidade pelo auto desenvolvimento, pela disseminação do conhecimento e pelo aprendizado de novos saberes (Kurgante, 2005). Sendo assim, o conhecimento é sempre acrescido de novos saberes, não basta somente a formação profissional, desta forma não deve constituir-se como algo acabado e completo. É notório que a capacitação dos profissionais favorece o desenvolvimento e promove as condições para a realização de uma assistência de enfermagem com qualidade dentro das possibilidades encontradas. Assim devem aprender a aprender e ter responsabilidade, liberdade e compromisso com a sua educação e o treinamento das futuras gerações de profissionais. Percebemos que há muito a ser realizado e a base das transformações certamente estão dentro de cada funcionário, que deverá ter consciência de que para o alcance e concretização do objetivo, terão de empenhar-se na busca do desenvolvimento de suas próprias competências, preocupando-se em atualizar-se constantemente.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução Nº 03 de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.37.

KURCGANT, PAULINA – coordenadora; TRONCHIN, D.M.R. et al – autoras. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SILVA, G. M; SEIFFERT, O. M. L. B. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. **Rev.Bras.Enf.** Brasília, v.62, n.3, p. 362-366, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300005&script=sci_arttext> Acesso em 31 de março de 2011.

SILVA, M.D.F et al. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. Rev. O mundo da Saúde. São Paulo, v.32n n.1, p. 47-55, 2008. Disponível em: < http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/58/47a55.pdf> Acesso em 05 de abril de 2010.

PASCHOAL, S.P., MANTOVANI, M de F., MÉIER. MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Revista da escola de enfermagem da USP. V 41, n.3. São Paulo. Set 2007.

19 PROGRAMA DE FORMAÇÃO COMPLEMENTAR EM ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS

SCALCON, Camila de Brum
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem", na linha de pesquisa "Saúde do Trabalhador". cdb_scalcon@yahoo.com.br)

DELLAMÉA, Taís
(Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria.)

BISSO, Annie Jeanninne Lacchini
(Enfermeira. Mestre pela UFSM. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista CAPES.)

CERVO, Anamarta
(Enfermeira, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem", na linha de pesquisa "Saúde do Trabalhador".)

PERES, Roger Rodrigues
(Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem", na linha de pesquisa "Saúde do Trabalhador". Bolsista do Programa de Educação Tutorial – PET UFSM.)

Descritores: Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Estudantes de Enfermagem; Equipe de Enfermagem.

Introdução: O Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) surgiu a partir da necessidade de aprimoramento e de formação contínua e de qualidade. Tal iniciativa permite que o aluno tenha novas experiências que ampliam o seu universo de formação profissional, cultural e cidadã. Os objetivos incluem o de enfatizar a importância de atividades de extensão nos diferentes espaços de produção de conhecimento acerca do fazer em enfermagem; qualificar técnica e cientificamente os alunos a partir de iniciativas como a proposta supracitada; criar espaços de troca de experiências entre academia universitária, serviços de saúde e instituições de ensino; promover eventos que coloquem em discussão temas referentes à área da saúde; estimular a produção de trabalhos científicos a partir das vivências no campo de práticas e saberes, além de promover troca de experiências entre instituições de ensino superior. O PROFCEN do Curso de Enfermagem reúne professores, mestrandos, alunos de iniciação científica e da residência multiprofissional, profissionais enfermeiros e usuários de serviços que compartilham o desafio de refletir sobre o campo da saúde (UFSM, 2009). A partir do exposto, visando contemplar as possibilidades criadas pelo programa, as atividades a seguir relatadas estão imbricadas dentro dessa proposta. Tais atividades desenvolveram-se na Unidade Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (UTI HUSM) que se integra aos demais campos de aulas práticas do 5º semestre de Enfermagem, na disciplina de Cuidados de Enfermagem ao Adulto em Situações Críticas de Vida. Este breve contato durante o semestre instigou a procura pelo Programa que proporciona a aquisição de novas experiências. Justifica-se também, por tratar-se de uma unidade que desafia a atenção do profissional ao receber pacientes com alta demanda de cuidados e de tecnologia

especializados. O hospital conta ainda com as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Cardíaca que não serão abordadas no presente estudo por não contemplar os objetivos do mesmo. **Objetivo:** Destacam-se como objetivos centrais o acompanhamento das atividades assistenciais, administrativas e gerenciais do enfermeiro; a compreensão acerca das condutas e ações de enfermagem em uma unidade de alta complexidade e densidade tecnológica, como a de terapia intensiva e; o desenvolvimento e aprimoramento do olhar crítico necessário ao profissional enfermeiro a fim de garantir a qualidade da assistência. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica do 5° semestre de Enfermagem da UFSM na UTI HUSM e contempla as atividades propostas pela mesma a partir do PROFCEN do Curso de Enfermagem UFSM. O período de realização das atividades foi de julho a outubro de 2010 totalizando cento e vinte horas, carga horária máxima permitida pelo programa. Para inserção em tal iniciativa, foi necessária a elaboração de um plano de atividades com os objetivos acima elencados. Depois de apresentados e aceitos por um enfermeiro e um professor responsável, escolhidos pelo aluno, e pelo Coordenador de Área onde a proposta desenvolver-se-ia, o plano de atividades passa pelo crivo da Coordenação do Curso de Enfermagem. Somente após a liberação por esta, as ações poderiam iniciar-se. Tais ações desenvolveram-se majoritariamente no período da manhã, previamente acordado com a enfermeira responsável e conforme a escala de serviços da mesma. **Resultados:** Quanto à estrutura física a UTI HUSM difere das demais enfermarias. Por ser um local que agrega pacientes que necessitam de cuidados intensivos e especializados, a disposição do posto de enfermagem é central. Essa conformação tem origem com Florence Nightingale que classificava os pacientes sob seus cuidados conforme o grau de dependência permanecendo, assim, mais próximo aos profissionais envolvidos na assistência, aqueles que necessitam de atenção constante (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2008). Da mesma forma, a rotina de cuidados também diverge das demais unidades de internação. Cita-se como exemplo de cuidados divergentes a verificação de sinais vitais a cada 2 horas, a monitorização cardíaca contínua visto que se trata de pacientes, quase que em sua totalidade, com instabilidade hemodinâmica ou com risco para. Dentro dessa proposta, as atividades assistenciais incluíam o auxilio nas higienes corporais que obedecem a uma escala por turno, a realização de curativos, da higiene oral, das trocas de cateteres, como o da sondagem vesical, conforme normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH HUSM. Dentre as atividades administrativas, destacam-se o aprazamento das prescrições médicas e consequente pedido de medicamentos, o controle quanto ao bom funcionamento de equipamentos e materiais, assim como a aquisição dos mesmos sempre que necessário e, a implementação contínua da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Para Barros e Chiesa (2007), a SAE é um processo de identificação de problemas, interpretação e organização de condutas no âmbito do exercício profissional. Esse processo descrito pelas autoras e realizado efetivamente na UTI HUSM, faz parte de uma decisão do COREn-SP/DIR/008/1999 que, dentre outras normatizações, prevê como atividade privativa do Enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do Processo de Enfermagem (FIGHEIREDO; ZEM-MASCARENHAS; NAPOLEÃO; CAMARGO, 2006). No que tange ao gerenciamento, realizou-se principalmente o dimensionamento de recursos humanos distribuídos entre as trocas de turnos, os quais, vespertino e matutino. Entre cada atividade realizada, seja ela direta ou indiretamente ligada ao paciente, a enfermeira responsável pela supervisão promovia momentos de reflexão quanto à necessidade do olhar crítico a ser desenvolvido pela acadêmica para que possa prestar assistência de qualidade e baseada em conhecimento cientifico e fundamentação teórica. Estes momentos facilitavam o entendimento sobre a forma como prestar o cuidado considerando, em todas as circunstancias, a necessidade da visão holística do profissional enfermeiro. Vale ressaltar a importância da interação alcançada entre a equipe de enfermagem, a equipe médica e a de fisioterapia com os alunos da

graduação em Enfermagem, tanto bolsistas quanto a participante desta atividade de extensão. A troca de informações e de experiências que se deu com as equipes de enfermagem e fisioterapia, principalmente, foram de grande valia quando se considera a importância e a necessidade da interação entre as pessoas envolvidas no cuidado ao paciente. **Conclusões:** Nesse âmbito, considera-se que o PROFCEN adequa-se a realidade da Instituição de Ensino e de Atenção à Saúde onde as atividades de extensão foram desenvolvidas e contempla, ao mesmo tempo em que integra, todas as suas propostas. À medida que surgem novas necessidades e propostas de ensino, faz-se mister que as Instituições de Ensino sigam essa mesma linha de crescimento e proporcionem ao corpo discente a igual oportunidade de conhecimento e de crescimento, tanto profissional quanto pessoal, acerca dessas novas possibilidades. Dentro desta proposta, considera-se que os objetivos foram atingidos e superados de forma que impulsionaram o crescimento acadêmico e cultural da participante, instigaram a procura pela constante atualização e pela ampliação dos horizontes profissionais.

Referências

1. BEUTER, M; NEVES, E.T; MAGNAGO, T.S.B.S; WEILLER, T.H. Programa de Formação Complementar em Enfermagem – PROFCEN UFSM. Santa Maria, 2009

2. CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo. 2.ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

3. BARROS, D. G.; CHIESA, A. M. Autonomia e necessidades de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(Esp):793-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspea08.pdf. Acesso em: 06 de abr. 2011

4. FIGUEIREDO, R. M.; ZEM-MASCARENHAS, S. H.; NAPOLEÃO, A. A.; CAMARGO, A. B. Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40 (2):299-303. Disponível em: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/253.pdf. Acesso em: 06 de abr. 2011

20 O PAPEL DO ENFERMEIRO ACERCA DAS ORIENTAÇÕES AO PACIENTE NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

BEDIN, Liarine Fernandes
(Acadêmica do VII Semestre do Curso de Enfermagem – Campus Uruguaiana/ Universidade Federal do Pampa. E-mail: lia.bedin@gmail.com)

SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos
(Acadêmica do VII Semestre do Curso de Enfermagem – Campus Uruguaiana/UNIPAMPA)

SOUZA, Neila Santini de
(Enfª Doutoranda em Enfermagem/Dinter Novas Fronteiras e docente da UNIPAMPA)

Descritores: período pré-operatório; cuidados de enfermagem; enfermagem perioperatória

A enfermagem como ciência, concretiza o cuidado humanizado por meio de um ambiente acolhedor, organizado e confortável para o paciente. O cuidado de enfermagem perioperatória implica em uma atenção integral ao paciente nas fases do pré-operatório, iniciante ao momento de indicação da cirurgia, estendendo-se à entrada no centro cirúrgico; trans-operatório, período em que o paciente realiza o procedimento no centro cirúrgico e o pós-operatório, iniciante após a cirurgia até a recuperação total do paciente. A fase pré-operatória neste processo implica na condução das demais fases, pois além da avaliação do enfermeiro realizada neste período, caracteriza-se por momentos de dúvidas e angústia do paciente em relação ao procedimento cirúrgico e estas poderão influenciar diretamente no decorrer das próximas fases. A atuação do enfermeiro por meio das orientações pré-operatórias e da escuta das principais dúvidas e angústias do paciente é reconhecida como um suporte neste momento difícil e será um fator de extrema relevância para a concretização da evolução do paciente nas demais fases do processo perioperatório. O objetivo deste trabalho é descrever e refletir acerca da relevância do papel do enfermeiro ao prestar ao paciente a escuta e orientações durante o período pré-operatório. Empregou-se uma pesquisa bibliográfica, onde foram elencados artigos pelos descritores "Período Pré-operatório", "Cuidados de Enfermagem" e "enfermagem perioperatória" na base de dados SCIELO. Como critérios de inclusão, utilizou-se artigos disponíveis na íntegra e publicados no período de 2005 a 2010; tendo como critérios de exclusão, dissertações, teses, artigos escritos nos idiomas de inglês e espanhol. Diante dessa seleção, foram analisadas dez publicações, consistindo a análise em cinco publicações. A pesquisa foi realizada com base nas discussões e reflexões sobre o preparo do paciente cirúrgico durante as aulas teóricas da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde do Adulto em Situações Cirúrgicas. Diante das referências selecionadas para o trabalho proposto, destaca-se que quando acometido por uma enfermidade o ser humano torna-se vulnerável, razão pela qual merece ser acolhido com muito respeito, haja vista ser um doente e não uma máquina a ser reparada, ou um objeto a ser reconstituído[3]. Em virtude destas questões a experiência cirúrgica do paciente pode ser avaliada como um momento de alívio e gratificação, ou como trauma e até mesmo aversão aos profissionais, devido ao tipo de cuidado prestado. Isso mostra a necessidade do enfermeiro realizar uma recepção adequada ao paciente no período pré-operatório, incluindo o apoio ao paciente efetivado pela escuta e por orientações adequadas e claras sobre o procedimento cirúrgico. Desta forma, o planejamento do cuidado de enfermagem aos pacientes que serão submetidos à cirurgia, exige do enfermeiro um consistente embasamento técnico-científico, aguçada observação e uma relação interdisciplinar capaz de garantir um suporte adequado às necessidades e inquietações do paciente neste processo.

Porém, em alguns momentos, essa atuação mostra-se imperiosa, devido à preocupação com normas e a formalidade da unidade, ainda que seja consciente a precisão da interação com o paciente, para dialogar sobre suas necessidades acerca da cirurgia, para então realizar o planejamento do cuidado de enfermagem [(1)]. A escuta torna-se fator principal para o planejamento do cuidado, fundamentado nas orientações e respostas às inquietações do paciente, já que não importa a cirurgia que o indivíduo terá de realizar, o contexto da internação e a desinformação fazem com que o paciente apresente estresse no período pré-operatório, fazendo com que esta condição reflita diretamente nas próximas etapas de sua internação [(4)]. Entre os cuidados de enfermagem prestados pelo enfermeiro e sua equipe incluem a orientação do paciente, seu preparo físico-emocional, a avaliação pré-operatória e encaminhamento ao centro cirúrgico. Estes aspectos visam a diminuição do risco cirúrgico e o planejamento do processo de enfermagem perioperatório, visando a recuperação pós-cirúrgica, a fim de evitar complicações que potencialmente estão relacionadas ao atendimento inadequado no pré-operatório. A atuação do enfermeiro no planejamento dos cuidados de enfermagem, iniciando desde a chegada do paciente ao hospital, englobando as necessidades físicas e emocionais do paciente, orientação em relação à cirurgia e ao preparo físico para a intervenção cirúrgica, potencializando a capacidade do paciente de administrar seus sentimentos devem ser implementadas sob as bases do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatório (SAEP), que possibilita a qualidade da assistência no período pré-operatório, pela sua característica de sistematizar as ações e proporcionar o contato direto com o paciente permitindo o esclarecimento das dúvidas e a escuta do paciente [(2)]. A comunicação é parte essencial no procedimento terapêutico, o que engloba a interpretação e escuta cuidadosa. O indivíduo internado em um hospital, para efetivação de uma cirurgia, precisa confiar numa equipe de saúde que o acolha e respeite seus sentimentos e valores. Quando a assistência de enfermagem não é adequada às necessidades do usuário do serviço e os profissionais acabam utilizando uma linguagem técnica, desconhecida pelo paciente, este acaba não interagindo o suficiente com a equipe e deixa de verbalizar suas angústias relacionadas ao período perioperatório. O período pré-operatório deve ser o momento para aprimorar o relacionamento interpessoal, quando o enfermeiro inicia o preparo do paciente em meio às suas ansiedades quanto à cirurgia [(3)]. Ressalta-se que, as orientações do enfermeiro ao paciente, visam suprir as dúvidas e reduzir os anseios, utilizando uma linguagem adequada à sua compreensão e nível de entendimento. O conhecimento dos profissionais com relação à fase pré-operatória é essencial, já que a situação cirúrgica envolve a mudança no contexto de vida e saúde do paciente, afastando-o de suas atividades rotineiras e expondo-o aos estressores da hospitalização e das fases cirúrgicas. Diante do exposto, o paciente no período pré-operatório precisa ser compreendido em seu contexto de saúde de forma holística e integral. A maneira como nos dirigimos a ele, como dizemos e fazemos, mostra nosso cuidado e atenção [(1)]. A ansiedade é, simultaneamente, uma adaptação e um estressor. É uma resposta a um desequilíbrio do sistema. É um sinal de que o sistema está com dificuldades em sustentar o equilíbrio, que neste âmbito, é fator valioso [(3)]. O paciente na maioria das vezes não se encontra preparado para o inesperado, como a necessidade de uma cirurgia, isso faz com que venha a tona sentimentos dolorosos e angustiantes, envolvendo também os seus familiares [(1)]. Para tanto, o enfermeiro deve realizar seu trabalho embasado na sistematização da assistência perioperatória, explicitando riscos e benefícios da cirurgia, influenciando na boa recuperação do paciente no período pré-operatório. Ao finalizar as reflexões propostas neste trabalho, sobre o papel do enfermeiro acerca das orientações ao paciente no período perioperatório, destaca-se que a sistematização de enfermagem devidamente fundamentada e aplicada neste período, auxilia o paciente a enfrentar seus medos, ter confiança na equipe durante as situações desconhecidas, como é o caso no processo cirúrgico. Ressalta-se a importância da relação interpessoal com o paciente, para que a assistência preconizada seja efetiva.

Ao se propor este trabalho, espera-se que o mesmo sirva de incentivo ao pensamento crítico dos profissionais de saúde e acadêmicos, com relação ao atendimento nas Unidades de Clínica Cirúrgica. Ressalta-se a relação enfermeiro-paciente, onde o cuidado humanizado, a percepção e a orientação são condutas indispensáveis na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. É preciso dar atenção ao paciente, tocá-lo, senti-lo em sua totalidade, priorizando suas necessidades enquanto ser humano, para que nossos propósitos como enfermeiros e profissionais de saúde, possam fazer a diferença no cuidado durante o período perioperatório.

Referências

1. Chistóforo, B. E. B.; Zagonel, I. P. S.; Carvalho, D. S. Relacionamento Enfermeiro-Paciente no Pré-Operatório: Uma Reflexão à Luz da Teoria de Joyce Travelbee. Cogitare Enfermagem, v. 11, n.01, p. 55-60, 2006.

2. Christóforo, B. E. B.; Carvalho, D. S. Cuidados de Enfermagem Realizados ao Paciente Cirúrgico no Período Pré-Operatório. Revista Esc. Enfermagem USP, v.43, n. 01, p. 14-22, 2009.

3. Silva, W. V.; Nakata, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 06, p. 673-6, 2005.

4. Souza, A. A.; Souza, C.; Fenili, R. M. Orientação Pré-Operatória ao Cliente- Uma Medida Preventiva aos Estressores do Processo Cirúrgico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 07, n. 02, p. 215-20, 2005.

21 EFEITOS DO USO DO CPAP NASAL PARA NEONATOS INTERNADOS EM UTI: REFLEXÕES DE ENFERMAGEM

DALCIN, Camila Biazus
(Acadêmica de Enfermagem UNIFRA, membro do GEPESES (Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social na Enfermagem e Saúde), RS, Brasil. E-mail: camilabiazus@hotmail.com)

MORO, Adriana Subeldia dos Santos Moro
(Acadêmica de Enfermagem da UNIFRA, Membro do GIPES - Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Saúde, RS, Brasil)

RODRIGUES, Alessandra Trindade
(Acadêmica de Enfermagem da UNIFRA, Membro do GIPES - Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Saúde, RS, Brasil)

COSTENARO, Regina Gema Santini
(Drª, Enfª na UTIRN-HUSM, Profª do curso de enfermagem UNIFRA, Líder do GIPES, RS, Brasil)

Descritores: Enfermagem; Respiração Artificial; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Introdução: Existem inúmeros espaços de alta complexidade para o cuidado nos hospitais. Um deles revela-se nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, em que estão presentes de maneira efetiva técnicas avançadas e cuidados intensivos. Os recém-nascidos (RNs), na sua maioria pré-termo, são submetidos a tecnologia dura de cuidado por meio de oxímetros, respiradores, monitores cardíacos, incubadoras, e entre esses equipamentos de alta tecnologia encontram-se os Continuous Positive Airway Pressure (CPAP nasal). A sua tradução é pressão positiva contínua nas vias aéreas que é um dispositivo que foi concebido para resolver problemas inerentes à imaturidade pulmonar dos RNs prematuros[1]. O CPAP nasal é composto por circuitos para fluxo contínuo de gases (oxigênio e ar comprimido), um fluxômetro, umidificador e aquecedor, dispositivo nasal (as prongas nasais), válvula de exalação do respirador ou selo d'água. Esse aparelho de ventilação não-invasiva tem indicação para apnéia (12,5%), membrana hialina (32,3%), pneumonia (4,2%), taquipnéia transitória do RN (22%) e desmame do respirador (29%), sendo que neste caso, a indicação foi mais freqüente quanto menor o recém-nascido[2]. Devido a vivência como acadêmica bolsista na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), surgiu a necessidade de buscar informações sobre lesões nasais originadas pelo uso do CPAP nasal, especialmente a pronga nasal, e quais as pesquisas que já tinham sido desenvolvidas sobre esse assunto em específico. A equipe de enfermagem, por prestar cuidados contínuos ao RN, deve atentar, observar e analisar para os efeitos do CPAP nasal para o RN internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. E essa mesma enfermagem, necessita de conhecimento do que causa as lesões e de como fazer a prevenção, sendo responsáveis pelo monitoramento contínuo de seu uso. **Objetivos:** Pesquisar sobre os efeitos do CPAP nasal, especialmente a pronga nasal, para RN internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão de artigos de revistas científicas por meio do uso dos descritores Enfermagem, Respiração Artificial, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, e também pelos termos CPAP nasal e Necrose. Pesquisas de revisão têm como função nortear, refletindo e instigando um novo olhar sobre o mundo, para criar novas demandas metodológicas, instigar o pensamento metodológico e criativo para surgir novas formas de trabalhos científicos[3]. Foram utilizadas revistas científicas e a Biblioteca Virtual da Saúde no estudo descrito. A pesquisa foi realizada de fevereiro a março de

2011. **Resultados:** Por meio da pesquisa, foi possível perceber que são poucos os estudos que trazem o tema em pauta de forma específica. Constatou-se nas pesquisas que após dias de uso contínuo, a freqüência de lesão por uso de CPAP com pronga foi de 100% e o tempo foi fator de risco para a evolução dos estágios de lesão, logo, quanto maior o tempo de uso da pronga, maior a gravidade das lesões[4]. Pesquisas classificam as lesões nasais, causadas por uso de pronga, em três estágios: leve (hiperemia nasal), moderada (lesões com sangramento) e severa(lesão com formação de necrose)[5]. Revela-se possível perceber a importância na hora da escolha da pronga**,** pois o seu tamanho é de total influência para a prevenção de lesões. Logo, foi possível perceber que uma pronga bem colocada é a que não fica nem grande nem pequena na narina do recém-nascido, não podendo deformar sua face e nem ter sua ponte encostando-se ao septo nasal, sem que a pronga se movimente dentro da narina, devendo ter as mesmas uma fixação e tamanho adequados para cada recém-nascido. Outro achado de grande importância revela-se as fases de avanço dessa lesão nasal. Primeiramente, ocorre a introdução do artefato nasal, após a isquemia da mucosa e epiderme nasal, hiperemia da mucosa e epiderme nasal, edema nasal com ou sem sangramento, podendo esse levar a necrose e desvio do septo, que são as mais graves complicações do uso do CPAP nasal[1]. A necrose como sendo a pior complicação que pode ser seguida do uso incorreto do CPAP nasal, vem a ser caracterizada como processo patológico causado pela ação descontrolada e progressiva de enzimas degradativas que produzem dilatação mitocondrial, floculação nuclear e lise celular, ocorrendo assim, a morte do tecido, não tendo mais como ocorrer a melhora[5]. Revela-se necessário perceber que um RN internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal está precisando de cuidados e precisa se recuperar de um desconforto respiratório, prematuridades extrema, hipoglicemia, complicação cardíaca, não fechamento do PCA (persistência do canal arterial), doenças congênitas, entre tantos outros problemas, logo, o uso do CPAP nasal que deve ser fator que favoreça a sua melhora, não pode ser causador de mais uma complicação para aquele RN. E ainda, como explicar para os familiares que já passam por um momento de sofrimento e de dor, que pelo uso inadequado na colocação da pronga nasal, causamos uma lesão no seu RN. É impossível realizar um cuidado efetivo e de qualidade, focando sempre na melhora dos sujeitos de não está disposto ao estudo para a colocação do CPAP nasal de forma correta. **Principais conclusões:** A adaptação e o posicionamento adequados da pronga são cuidados importantes para evitar lesões nas narinas e no septo nasal. Acredita-se que por meio de percepções e resultados de outras pesquisas, a enfermagem sinta-se instigada a procurar novas formas mais efetivas de prevenção de lesões nas narinas do RNs, instigando novas formas de pensar e fazer em enfermagem. É preciso que o enfermeiro seja pró-ativo para estar sempre atuando nas áreas de promoção, prevenção e proteção da saúde, tendo isto em vista tanto na pesquisa em enfermagem, docência, estágios e na assistência, nas Unidades Básicas de Saúde ou hospitais. Ainda revela-se necessário que o enfermeiro perceba ainda mais sua importância dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pois o mesmo revela-se como agente determinante para mostrar a equipe de saúde sobre a importância desse cuidado de enfermagem e de que forma o mesmo pode evitar serias complicações do uso da pronga nasal, levando na pior das etapas, a necrose de septo nasal do RN. Revela-se a necessidade de capacitação constante da equipe de enfermagem para a instalação correta do CPAP nasal no RN, evitando assim futuras complicações.

Referências

1. Antunes JCP, Nascimento MAL,Gomes AVO, Araujo MC,Christoffel MM. Tecnologia coadjuvante no tratamento do recém-nato prematuro (cuidados de enfermagem no uso do cpap nasal). Rev Enfermería Global 2010 out: 20.

2. Maria AC. Rego FEM. Repercussões clínicas e laboratoriais do CPAP nasal em recém-nascidos pré-termo. J Pediatr (Rio J) 2000;76(5):339-48.

3. Silva L, Menezes EM. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Rev. atual. 3ª. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 121p. 2001.

4. Nascimento RM, Ferreira ALC, Coutinho ACFP, Veríssimo RCSS. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. Rev Latino-am Enfermagem 2009 julho-agosto; 17(4).

5. Buettiker V, Hug MI, Baenziger O, Meyer C, Frey B. Advantages and disadvantages of different nasal cpap systems in newborns. Neonat Paediatr Intensive Care 2004 March; 30:926-30.

22 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO Á CRIANÇA HOSPITALIZADA

VIEIRA, Tainara Genro
(Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Bolsista da Unidade de Tratamento Intensivo Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: tatigenro@hotmail.com)

OLIVEIRA, Lisandra Moraes de
(Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Técnica de enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria)

TREVISAN,Taíse
(Acadêmica de enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria, Técnica de enfermagem na Sala de Recuperação Anestesica do Hospital de Cariadade Astrogildo de Azevedo)

VESTENA, Cristina de Fátima Lobler
(Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Técnica de enfermagem no HGU)

SILVEIRA, Andressa da
(Enfermeira Mestranda do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

PADOIN, Stela Maris de Mello
(Prof. Dr. Enf. Adjunta do departamento de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

Descritores: Enfermagem pediátrica; Cuidado da criança; Criança hospitalizada.

Introdução: Quando as crianças e familiares que necessitam de atendimento nos serviços hospitalares pode-se observar o quanto poderá ser doloroso e traumático tanto para a criança quanto para o acompanhante e equipe de enfermagem a hospitalização. Para a família o processo de hospitalização da criança causa uma série de modificações na rotina familiar, para a criança esse processo pode ser visto como castigo e dependendo da forma como esta hospitalização é tratada poderá causar traumas. Neste momento que insere o papel do enfermeiro, auxiliar familiares e crianças neste processo. Para ter um bom relacionamento equipe, enfermagem e criança, deve-se primeiramente compreender o contexto no qual a família está inserida[1]. O enfermeiro tem grande responsabilidade em uma unidade de internação pediátrica, além da habilidade técnica, sensibilidade com a criança e buscar uma aproximação com a família, fazendo esta participar do cuidado. Cuidar da criança em uma vivência de hospitalização requer do enfermeiro habilidades peculiares, que representam sua subjetividade, sua maneira singular de cuidar, ser sensível ao seu sofrimento. A equipe de enfermagem deve manter um bom relacionamento com o familiar/acompanhante e diante de um conflito busca assistir a criança assegurando o direito à saúde[1]. A interação da equipe com a criança pode ser prejudicada pela falta de profissionais e a filosofia de institucional onde temos poucos profissionais para grande demanda de pacientestecnicista[1]. Há que considerar também que, com o avanço científico e tecnológico, há utilização cada vez maior de novos equipamentos e medicamentos como instrumentos de trabalho em saúde. O domínio dessa tecnologia e de procedimentos mais específicos tem sido mais valorizado pelos enfermeiros, que tem colocado em segundo plano os cuidados considerados menos complexos, como a oferta de alimentos, a realização de banho e promoção de conforto. Diante desses avanços tecnológicos, a prática de cuidado na enfermagem deve ser integral, “humanizada”, compreendendo técnicas de pequena, média e grande complexidade, bem como: estar atento as reais

necessidades da criança e do familiar acompanhante, escuta sensível, estar presente nos procedimentos e práticas de cuidado, atender as necessidades na totalidade diante desta criança[2] . **Objetivo:** Esse trabalho tem como objetivo identificar o que tem sido produzido na prática assistencial no cuidado a criança hospitalizada. **Metodológia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva e exploratória, teve como objetivo identificar o que tem sido produzido na prática assistencial no cuidado a criança hospitalizada. A pesquisa bibliográfica consiste em realizar uma revisão da literatura já existente sobre o temática[3]. A pesquisa tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado[4]. Foi realizado busca nas bases de dados com os descritores: enfermagem pediátrica, cuidado da criança e criança hospitalizada, que foram refinados na forma avançada, no período compreendido da outubro à novembro de 2010, na internet na forma on-line pesquisa avançada. A amostra foram artigos científicos localizados por meio da pesquisa digital nas bases de dados: Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os critérios de inclusão foram: Artigos publicados em língua portuguesa; Artigos que tenham como foco do estudo de crianças, enfermagem e família; Artigos relacionados com o objetivo proposto, sem delimitação de tempo. Os critérios de exclusão foram: Teses, dissertações, capítulos de livros; e produções que não convergiam com a temática proposta. Posteriormente as pesquisas encontradas foram categorizadas em um quadro sinóptico com as seguintes categorias: título, autor, sujeito, cenário, objetivo, abordagem, tipo de publicação, categoria do estudo, ano e periódico, com base nos resumos dos artigos encontrados. Neste sentido questiona-se: O que tem sido produzido sobre a assistência de enfermagem no cuidado á criança hospitalizada? **Resultados:** Após o refinamento foram encontrados 17 artigos sendo que destes 12 atenderam aos critérios de inclusão. Foram organizados e numerados nas respectivas ordens, título autores e ano da publicação. Após a análise do quadro sinóptico foi verificado no item sujeitos que 16,66% (2) dos artigos tinham como sujeito a família; 16,66% (2) equipe de enfermagem; 8,33% (1) criança e família; 8,33% (1) enfermagem e criança; 8,33% (1) criança e adolescentes; 33,33% (4) criança; 8,33% (1) sem sujeito. Observou-se pouca produção de artigos em que tinham como sujeito criança, família e enfermagem na mesma produção. O Sujeito criança apresentou 4 artigos, totalizando 33,33% . É indispensável que aumentem as pesquisas cujo sujeito seja a criança, os profissionais ainda necessitam de embasamento teórico para perceber suas necessidades, resultando numa melhor qualidade no atendimento. O cenário mais estudado é o hospitalar com 10 publicações totalizando 88,33%, hospitalar e comunidade 8,33% (1); analise documental 8,33% (1). Quanto aos objetivos percebeu-se que família no cuidado foi estudado em 25% (3); enfermagem no cuidado 25% (3); enfermagem interdisciplinar e interdisciplinar 25% (3). Cuidar de uma criança em sua vivencia de dor requer do enfermeiro habilidades peculiares, que representam sua subjetividade, sua maneira singular de cuidar, seu eu interior, cuidar de uma criança com dor é ser sensível ao seu sofrimento, fazer-se presente, saber ouvir, tocar, relacionar-se, requer aproximação. O enfermeiro frente ao cuidado da criança hospitalizada requer habilidade técnica e de uso da sensibilidade para efetividade do cuidado em todas as esferas, desde a criança com dor até uma criança com doença crônica[2]. Percebe-se que a assistência tem como bases os princípios científicos baseado no meio ambiental[3]. Corroborando com o autor acima acreditamos que para uma assistência de qualidade precisamos conhecer o meio sociocultural e econômico que esta inserida. A inserção da família em período integral no ambiente hospitalar e sua participação no cuidado desencadeiam novas formas de organização da assistência à criança hospitalizada. Observamos a importância da família na recuperação da criança hospitalizada[5]. O vínculo com seu familiar ou cuidador é tido como um fator transmissor de segurança, proteção e bem estar. A presença dos pais ou parentes próximos requer que os profissionais de enfermagem realizem uma avaliação do contexto familiar, podendo facilitar

sua relação com a família, garantindo um cuidado de qualidade. De acordo com a análise foram encontrados artigos com abordagem qualitativa 83,33% (10); qualitativa e quantitativa 16,67% (2) e nenhum com abordagem quantitativa. As categorias de estudo encontradas foram 58,33% (7) pesquisa; 33,33% (4) pesquisa bibliográfica; 8,33% (1) não costa categoria. Das publicações encontradas obtivemos do ano 1991 à 1995 8,33% (1); 1996 à 2000 16,66% (2); 2001 à 2005 33,33% (4); 2006 à 2010 41,66% (5). Conforme a analise constatou-se um aumento nas publicações à cada ano, isso demonstra a evolução da enfermagem na pesquisa. Dos periódicos encontrados foram 50% (6) na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem; 16,66% (2) Revista de Enfermagem UERJ; 8,33% (1) apresentaram nas revistas: Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Nursing, Revista Latino Americana, Revista da USP. Escola de Enfermagem Anna Nery é a primeira escola de enfermagem do Brasil, registra um papel expansão e desenvolvimento da enfermagem brasileira. **Principais conclusões:** Por meio da busca por produções que abordassem a temática da criança hospitalizada e os cuidados de enfermagem foi possível identificar que existe uma lacuna no que se refere a publicações no contexto da saúde da criança, equipe de enfermagem e a família no cuidado. Diante do exposto percebe-se que a enfermagem deve pesquisar mais sobre criança e enfermagem já que pesquisam isoladamente. A inserção dos familiares essa reflexão evidencia que a equipe de enfermagem pediátrica, necessita desenvolver atividades no processo de cuidado destacando sua importância, observando os sentimentos das mães e seu cotidiano durante a internação da criança e identificar como as crianças expressão a sua doença e hospitalização. Essas atividades auxiliam o enfermeiro a realizar uma assistência de qualidade ao paciente pediátrico, minimizando seus possíveis traumas a fim de que o mesmo receba cuidados específicos com qualidade, possibilitando sua recuperação mais rápida. Portanto tem-se como consequência uma melhor adesão do tratamento na alta hospitalar.

Referências

1. SOUSA, L. D.; GOMES, G. C; SANTOS, C. P. Percepções da equipe de enfermagem acerca da importância da presença do familiar/acompanhante no hospital. Rev. enferm. UERJ; 17(3): 394-399, jul.-set. 2009.

2. SILVA, J. B; KIRSCHBAUM, D. I. R; OLIVEIRA, I. Significado atribuído pelo enfermeiro ao cuidado prestado à criança doente crônica hospitalizada acompanhada de familiar. Rev. gaúch. enferm;28(2):250-259, jun. 2007.

3. LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. Metodologia de Trabalho Científico: Procedimentos básicos, pesquisas bibliográficas, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6.ed. São Paulo: Atlas, 200.

4. ROMAN AR, FRIEDLANDER MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. Cogitare Enferm. 1998 Jul-Dez; 3(2):109-12.

5. GOMES, G C; ERDMANN, A L; BUSANELLO, J. - Refletindo sobre a inserção da família no cuidado à criança hospitalizada - Reflexionando sobre la inserción de la familia en el cuidado al niño hospitalizado / The familyÆs role in their childrenÆs hospital care. Rev. enferm. UERJ; 18(1):143-147, jan.-mar. 2010.

23 REDES SOCIAIS: POSSIBILIDADES PARA A INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

SIMON, Bruna Sodré
(Relatora. Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Bolsista do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE)/UFSM 2011. Email: bru.simon@hotmail.com)

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin
(Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM)

SCHIMITH, Maria Denise
(Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem DINTER UNIFESP/EEAN/UFSM. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UFSM)

GARCIA, Raquel Pötter
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem/UFSM)

SILVEIRA, Celso Leonel
(Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem/UFSM)

Descritores: Apoio Social; Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem.

Introdução: Todo ser humano, desde o nascimento até a morte, participa de uma trama interpessoal que repercute em sua formação, interferindo no seu bem estar e nos relacionamentos, influenciando a compreensão acerca da realidade que o cerca. Essa rede que todo ser humano faz parte, caracteriza-se como a rede social e contribui para a construção de si mesmo, da visão de mundo e de suas práticas (JUSSANI, SERAFIM e MARCON, 2007). O conceito de rede social foi desenvolvido e refinado de maneira acumulativa por uma série de autores, sendo compreendida como a soma das relações que um indivíduo percebe como importante, podendo ser entendida como uma espécie de campo de parentesco, de amizade. Compreendida também como um círculo social constituído por traços de afinidade, forma uma espécie de teia que une as pessoas. Esta rede pode ser modificada com o tempo e com as mudanças ocorridas na vida das pessoas, sendo que é formada pelo conjunto de seres humanos com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos identificam e que nos tornam reais (SLUZKI, 2006). Uma rede social pode definir-se como um sistema auto-organizante, fundamentalmente descentralizado, que opera sem hierarquia, organizadores, ou líder condutor, abrangendo o conjunto daqueles que interatuam com o indivíduo em seu contexto social cotidiano, não havendo uma fronteira precisa entre quem integra ou não a rede social de determinado indivíduo. Nesse sentido, a rede social permeia organizações e conjuntos mais amplos, que incluem os grandes grupos informais, os subgrupos culturais e os contextos socioeconômicos, culturais, políticos e sociais em constante evolução e involução (SLUZKI, 2006). As redes podem auxiliar na produção de identidades, na promoção de sensação de pertencimento e na construção de controle social nas comunidades. Além disso, possibilitam a construção de conexões e de integração social, redução do isolamento de grupos sociais específicos e formação e estabelecimento de trocas e integrações mais intensas entre grupos (MARQUES, 2009). As conexões entre os integrantes das redes sociais variam, pois podem se constituir em rede de malha estreita e rede de malha frouxa. A primeira relaciona-se à rede, na qual existem muitas relações entre as unidades componentes e onde as pessoas interagem entre si. Nela a ajuda mútua é consolidada e os membros tendem a alcançar um consenso sobre normas, exercendo pressão

informal sobre os outros. Já a rede de malha frouxa, consiste em poucos relacionamentos e possui mais variação de normas, sendo a ajuda mútua menos consistente (BOTH, 1976). **Objetivo:** O presente trabalho busca refletir acerca da contribuição do referencial de redes sociais para a pesquisa em enfermagem. **Metodologia:** Essa reflexão teórica é parte integrante das discussões realizadas nos encontros do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os encontros desse grupo ocorrem semanalmente desde 2002, sendo composto por docentes, discentes da graduação e pós-graduação e profissionais de enfermagem externos a essa instituição de ensino. As redes sociais permeiam muitas das pesquisas realizadas por este grupo, revelando o quanto este referencial contribui atualmente e pode continuar contribuindo posteriormente na práxis da enfermagem. **Resultados:** Conforme já mencionado, as redes sociais servem como fonte de apoio aos indivíduos em diversas situações da vida. Mais especificamente, fornecendo conselhos, companhia e/ou regulação social, acesso a novos contatos, além de ajuda material (SLUZKI, 2006). Todos os indivíduos que não estão isolados socialmente possuem uma rede de pessoas com quem mantêm relações, compreendendo a rede social na qual estão inseridos. Esta por sua vez, quando estável, ativa e confiável protege a pessoa na vida cotidiana, atuando como agente de auxílio e encaminhamento, interferindo na construção e manutenção da auto-estima. Com isso acelera os processos de cura e recuperação, aumentando a sobrevida de pessoas acometidas de doenças incapacitantes, sendo desta forma geradora de saúde, tanto nos aspectos físicos como nos psicológicos e afetivo-emocionais (JUSSANI, SERAFIM e MARCON, 2007). A convivência entre os integrantes de uma rede social favorece o monitoramento da saúde e colabora para a produção de saúde, já que permite a constante presença de interações e a circulação de informações (ANDRADE e VAITSMAN, 2002). Diante disso, o grau de interação entre os diferentes componentes, determina a conexidade da rede, permitindo que ela seja maleável e modificada de acordo com a realidade dos seus membros (BOTT, 1976). As funções destes integrantes dentro da sua rede são estabelecidas por meio dos vínculos, os quais podem ser alterados ao longo do desenvolvimento social e do crescimento histórico da rede (SLUZKI, 2006). Cabe destacar, que as redes sociais funcionam como uma via de duplo sentido, a qual necessita ser mantida pelas trocas e interações entre os indivíduos. Pode-se dizer que quando há uma rede social estável e ativa, ela protege a saúde de um indivíduo, sendo que sua boa saúde mantém a rede social ativa. No entanto, quando por algum motivo um indivíduo reduz a interação com os integrantes de sua rede social, estes também reduzem as trocas com ele, formando um círculo vicioso, que poderá enfraquecer as relações existentes entre este indivíduo e sua rede social (ANDRADE e VAITSMAN, 2002; SLUZKI, 2006). Os profissionais de enfermagem podem contribuir com as redes sociais tendo em vista que são considerados parte integrante da rede de muitos usuários dos serviços de saúde. Outro fator importante é valorizar a participação dos usuários nos serviços de saúde, pois além de proporcionar-lhes um sentimento de bem estar, no sentido de que possuem controle sobre seu meio social, promove também bases para a implementação ou manutenção de uma rede, capaz de minorar os problemas de saúde de maneira mais eficaz (ANDRADE e VAITSMAN, 2002). **Principais conclusões:** Diante do exposto, pode-se observar que as redes sociais são imprescindíveis para todas as etapas do desenvolvimento humano, pois tem a capacidade de agregar as pessoas, possibilitando um reconhecimento social e colaborando para o crescimento de todos os indivíduos nela inseridos. Além disso, são promotoras de saúde, uma vez que por meio da associação de diferentes esferas permitem uma maior qualidade de vida aos indivíduos e coletividade. Outro fator importante a destacar é a importância de incentivar a manutenção da interação entre os indivíduos, fortalecendo as trocas entre os integrantes da rede, e a consequente construção de estruturas unificadoras fundamentadas na solidez das relações. Por fim, estudar tal temática torna-se relevante para a enfermagem, tendo em vista a possibilidade de contribuir para a

construção do conhecimento na área. Somando-se a isso, acredita-se que os profissionais de enfermagem podem ainda atuar na manutenção das redes sociais, colaborando para a promoção da saúde dos indivíduos. Diante do exposto, pretende-se ainda, com esta reflexão prosseguir a discussão sobre o tema redes social, tendo em vista suas múltiplas facetas e importância para a saúde e enfermagem.

Referências

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2002, v. 7, n. 4, .

BOTH, E. **Família e rede social.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

JUSSANI, N. C., SERAFIM. D, MARCON. S. S. Rede social durante a expansão da família. In: **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2007, mar-abr., v.60, n.2, p.184-189.

MARQUES, E. C. L. As redes sociais importam para a pobreza urbana? **Revista de Ciências Sociais.** 2009, v. 52, n.2, p.471-505.

SLUZKI, C.E. **A rede social na prática sistêmica.** 3ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

24 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VIOLÊNCIA ESCOLAR NAS EXPRESSÕES DE JOVENS ESTUDANTES E POSSIBILIDADES DE AÇÕES INTERSETORIAIS

DALMOLIN, Indiara Sartori;
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS, Relatora. Bolsista Iniciação Científica – PEIPSM/2010 E-mail: indi2007dalmolin@hotmail.com)

COSTA, Marta Cocco;
(Profª. Dda. Coordenadora do Projeto)

SILVA, Ethel Bastos;
(Profª. Dda. Participante)

JAHN, Alice do Carmo;
(Profª. Dda. Participante)

SANTOS, Mileni;
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS, Participante)

Descritores: Violência; Saúde Pública; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Introdução: Em todo mundo, a violência escolar está sendo debatida e pesquisada, pois é crescente o número de acontecimentos fatais ou incidentes mais graves nos arredores e dentro das escolas. Esse tipo de violência surpreende continuamente a todos que vivenciam a família, a escola, a comunidade e a sociedade, demandando ações e elaborações de políticas públicas urgentes por parte dos setores envolvidos. Tendo em vista a complexidade do problema violência, os estudiosos da violência no âmbito escolar na década de 80 passaram a trabalhar a temática em três ações diretas: a "violência na escola", "violência da escola" e "violência à escola". A violência à escola é descrita como atos contra a escola incluindo atitudes como insultos ou agressão. A violência na escola é aquela que se dá no espaço escolar e a violência da escola (institucional, simbólica), se manifesta na forma como os jovens são tratados pela instituição (CHARLOT, 2002). Os alunos relacionam a violência na escola aos seguintes significados: brigas, droga, morte, xingamentos, polícia, patrulha, armas, apelidos, brincadeiras de mau gosto, discriminar, preconceitos, fofocas, namoro e outros. Observa-se, que os alunos apresentam dificuldade em conceituar violência, sobrepondo os conceitos atribuídos à violência e à agressividade e em alguns casos o entendimento de sinônimos. Cabe lembrar, que a violência nas escolas, entendida como um fenômeno multicausal e complexo resulta no comprometimento da formação do cidadão, tornado-se preocupação de educadores e profissionais da saúde (ABRAMOVAY, 2003). Neste enfoque, o tema violência nas escolas tem sido objeto de estudo em virtude das crescentes manifestações de eventos violentos nesse espaço e ao seu entorno. Os exemplos de comportamentos que o jovem encontra em nossa sociedade são baseados na falta de solidariedade, nos excessos de violência, na ilegalidade, na impunidade, na falta de segurança e na falta de limites gerando um ambiente inseguro e sem referências para se viver onde a resolução de conflitos, muito presente, nesse período da vida, passa a ser realizada por meio de atos violentos. **Objetivo:** Diante do exposto, buscou-se através dessa pesquisa, conhecer e analisar as Representações Sociais da violência escolar como um processo dinâmico, como construção sócio-histórica, que transcende as questões puramente biológicas ou emocionais, resgatando o contexto de produção das representações, partindo das representações dos adolescentes sobre a violência escolar em situações do cotidiano. **Metodologia:** Trata-se de um estudo

qualitativo de caráter descritivo e compreensivo das Representações Sociais. Foi realizado em duas escolas públicas do município de Palmeira das Missões/RS, com adolescentes de 15 a 18 anos de idade que estavam regularmente matriculados no 2ª ano do ensino médio, de ambos os sexos, e consentiram em participar do estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado por si próprio e pelos seus representantes legais, totalizando treze adolescentes. Os dados foram coletados por meio de técnicas projetivas, a partir de oficinas de colagem, em que os sujeitos expressaram os pensamentos e sentimentos sobre a violência escolar, permitindo a objetificação. Para a ancoragem foi solicitado que os adolescentes referissem verbalmente as concepções a respeito do fenômeno. A coleta ocorreu nos meses de junho e agosto de 2010. Para análise dos dados optou-se pela Análise de Conteúdo do Tipo Temática. Foram sujeitos desse estudo treze adolescentes, dos quais nove são do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Destes, oito estão na faixa etária de 16 anos; três com 17 anos; um com 18 anos e um com 15 anos. **Resultados:** No enfoque das representações sociais, transformou-se o não familiar em familiar, materializando um objeto abstrato, violência nas escolas, para, posteriormente, atribuir-lhe um novo sentido. Dessa forma, pelos processos de objetificação e ancoragem os adolescentes representaram a violência escolar em 4 eixos temáticos. No primeiro eixo denominado violência escolar ancorada na conduta anti-social, foram identificadas as expressões agressão física, verbal, vandalismos, confronto e ameaças. Tais núcleos determinam que a forma como os jovens vivem a violência em seus lares pode gerar a naturalização e adoção de atitudes violentas em seus relacionamentos. Eles adquirem a violência como conduta e como valor de vida, sem questionar e, conseqüentemente, reproduzem-na no ambiente escolar. As atitudes violentas são reconhecidas como condutas anti-sociais e decorrentes de múltiplos fatores que podem estar associados e contribuir para a geração de conflitos no ambiente escolar tais como: a falta de diálogo entre os pares, os fatores sócio-econômicos dos alunos, o consumo de drogas ilícitas e a falta de respeito entre os próprios alunos (LIMA; SANTANA, 2008). O segundo eixo temático, violência escolar ancorada na exclusão entre colegas foi determinado pelas seguintes expressões, isolamento, Nerds, fuga, gangs, competitividade. A exclusão pode ser evidenciada pelas diferenças existente entre os colegas, que não são reconhecidas e compreendidas por eles como integrantes de um contexto social desigual, em que as manifestações se expressam por meio de atitudes violentas. Há indicações de que os alunos que sofrem discriminação reagem tanto com retraimento como com agressividade. Nesta perspectiva, a fragilidade das relações intrafamiliares, do papel materno e dos valores agregados aos relacionamentos afetivos que permeiam essas relações são fatores que associados acabam propiciando novas configurações de relações entre os jovens onde se incluí a violência. Por conseguinte, o terceiro eixo, a violência escolar ancorada no autoritarismo dos professores, mediado pelas expressões, opressão, falta de respeito, tratamento pejorativo, humilhação do aluno, revela ações e decisões um tanto punitivas dos docentes em relação aos alunos e como a instituição trata os seus estudantes. As diferenças entre professores e alunos invariavelmente são decorrentes de transgressões de normas de convivência como conversas durante uma aula expositiva e discussões relacionadas a notas e entre os alunos (GUIMARÃES; CAMPOS, 2007). A relação entre alunos e professores na escola deve ser baseada na atenção, diálogo, e incentivo aos estudos. Os alunos relatam que parte dos professores segue esta proposta despertando o interesse deles no aprendizado e criticam aqueles que se detém unicamente no conteúdo sem interesse em interagir com o grupo. A falta de interesse e de comunicação dos professores com os alunos pode gerar frustração e baixa auto-estima nos alunos. Por outro lado, os professores também sentem-se desconfortáveis quando alguns alunos faltam com o respeito com eles em sala de aula e essa situação se agrava em escolas privadas onde os alunos pagam e por isso acham que tem o direito de humilhar o professor. O quarto eixo apresenta as seguintes palavras drogas, conflitos de gangs, pobreza e desigualdades

sociais. A representação social de alunos estudantes de escolas estaduais do Paraná corrobora com as palavras encontradas neste estudo, especificamente drogas. Observa-se também que as condições sociais tais como dificuldades financeiras e de acesso a educação, saúde, segurança e proteção são fatores geradores de violência e, muitas vezes, potencializam-na. Estas condições estão inscritas na sociedade, a escola faz parte da sociedade e, portanto não se pode dissociar a violência gerada pelas condições sociais da sociedade e da escola (EYNG; GISI; ENS, 2009). **Conclusões:** Diante dos resultados apresentados neste estudo, evidenciou-se que a violência nas escolas é representada pelos adolescentes a partir do modo como constroem seu conhecimento e de sua inscrição social, cultural e econômica. Suas representações denunciam o individualismo, a competitividade, e o despreparo da escola como fatores a serem superados. Com isso, reconhece-se que para o seu enfrentamento demanda-se iniciativas em vários níveis e de diferentes complexidades, emergindo a necessidade de um trabalho intersetorial e a articulação em redes de serviços que se complementam. A escola, a família e os serviços de saúde, de assistência social e demais setores da sociedade civil podem coletivamente enfrentar esse desafio, pois a violência vem se estendendo do espaço doméstico para o público atingindo especialmente crianças e adolescentes causando danos, muitas vezes, irreversíveis no crescimento e desenvolvimento saudável. Salienta-se que o conhecimento produzido nesse estudo será socializado com os gestores de saúde e educação para o delineamento de ações de combate e prevenção específicas.

Referências

ABRAMOVAY, M. Enfrentando as violências nas escolas: um informe do Brasil. In: Violência na escola: **América Latina e Caribe**. Brasília: UNESCO (Org.), 2003.

CHARLOT, B. A. **Violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão**. Sociologias. Porto Alegre. 2002 ; (4): 8- jul/dez. p. 432-443.

EYNG, A. M. GISI, M. L. ENS, R. T. Violência nas Escolas e Representações Sociais: um diálogo necessário no cotidiano escolar. **Rev Diálogo Educ**. Curitiba. 2009; 9,(28):476-480,set/dez.

GUIMARAES, S.P. CAMPOS, P.H.F. Norma Social Violenta: Um Estudo da Representação Social da Violência em Adolescentes. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2007; 20(.2): 188-196 [cite 2010-10-08] Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000200003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-7972. doi: 10.1590/S0102-79722007000200003.

LIMA, D.A.; SANTANA, E.M. Representações das violências descritas por alunos de escolas públicas no distrito federal. VIII Congresso Nacional de Educação. III Congresso Ibero-Americano sobre violência nas escolas. 2008. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/848_432.pdf.

25 GRUPO DE FAMILIARES: UM DISPOSITIVO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

MACHADO, Katiusci Lehnhard.
(Psicóloga, residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Email: klehnhard@yahoo.com.br)

CORTES, Laura Ferreira.
(Enfermeira, residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Área de Concentração Saúde Mental. Membro do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas Públicas e do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

LARA, Michele Pivetta de.
(Psicóloga, residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Área de Concentração Saúde Mental. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

HEINRICH, Juliane.
(Terapeuta Ocupacional, residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Área de Concentração Saúde Mental. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

FRANCESCHI, Fernanda Freitas.
(Enfermeira do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Preceptora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da UFSM, Área de Concentração Saúde Mental, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.)

TERRA, Marlene Gomes.
(Enfermeira, Professora, Doutora do Departamento de Enfermagem da UFSM, Preceptora de Núcleo (Enfermagem) do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da UFSM.)

Descritores: Saúde mental; Grupo de apoio; Relações familiares.

Resumo: O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, que teve início nos anos 70, comprometeu-se com a mudança dos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde instituídas até aquele momento. Isto ocorreu a partir da mobilização de familiares, usuários e profissionais dos serviços de saúde mental, em conjunto com as instituições psiquiátricas (BRASIL, 2005). Este fato resultou em mudanças graduais na lógica assistencial a qual se constituía centrada no modelo hospitalocêntrico. Com isto, gradativamente se instituiu um modelo substitutivo, centrado na comunidade e nas redes de atenção. Em consonância com o advento da Reforma Sanitária no Brasil, que preconiza um modelo assistencial de abordagem prioritária à promoção da saúde, fundamentado na visão de saúde como resultante das condições de vida dos indivíduos; e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), são estabelecidas condições para a implantação de novas políticas de saúde, em especial a Política de Saúde Mental. Junto a tais mudanças, a Reforma Psiquiátrica, a qual se originou de movimentos sociais, da década de 1980, propõe mudanças nas práticas em saúde mental, incentivando a equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento de uma rede extra-

hospitalar que garanta a reinserção social, a cidadania e a autonomia dos usuários. Neste contexto, ao final do ano de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, consolida a participação de usuários dos serviços de saúde mental e de seus familiares, configurando-se como um importante dispositivo de participação e de controle social no campo da saúde mental. Tendo em vista a família como base de um cuidado integral, Centa e Elsen (1999), nos remetem a ver a família a partir de uma ordem natural estabelecida, que perdura através dos tempos, com algumas mudanças sutis, mas permanecendo na essência com seus valores, significados, funções, papéis, filhos e família. Frente a este entendimento, e envolvidas nos serviços da psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e ainda, ancoradas nos ideais da Reforma Psiquiátrica, profissionais da Residência Multiprofissional da Área de Concentração Saúde Mental do HUSM, trabalham na perspectiva de atenção e cuidado em saúde mental, por meio da realização de diversas atividades, tais como Grupo de Saúde, Grupo de Mulheres, Oficina da Horta, Oficina do Artesanato, Oficina da Decopagem, entre outras. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar como acontece o Grupo de Familiares da Unidade de Internação Psiquiátrica Paulo Guedes. Este grupo está em andamento há alguns anos na Unidade, sendo que os profissionais deste serviço, principalmente enfermeiros, realizavam a coordenação. O grupo encontrava-se semanalmente, com meia hora de duração, e realizava-se no espaço do Ambulatório de Saúde Mental, no HUSM. Seu objetivo era ser um grupo aberto, no qual fosse possível os familiares terem acesso a mais informações sobre a doença, o manejo com seus familiares no período de pós-alta hospitalar, bem como ser um espaço para os participantes falarem sobre seus sentimentos. A partir da inserção da Residência Multiprofissional nos serviços da psiquiatria deste hospital reorganiza-se o objetivo e metodologia dos encontros. Com isto, possibilitou-se um espaço grupal onde os familiares conseguiram se colocar como sujeitos ativos em seus processos de saúde e doença. O tempo de duração e o espaço de realização do grupo também são alterados, tendo em vista um maior envolvimento dos familiares. Dessa forma, quando assumimos a coordenação do Grupo alteramos o horário das 13h:30min para as 15h:30min, durante a visita dos familiares e, após os mesmos já terem visto os usuários internados. Deste modo, os encontros têm a duração aproximada de uma hora e geralmente contam com a participação de oito familiares. Sendo assim, o grupo vem se caracterizando como um espaço aberto, o qual possibilita aos familiares de pacientes internados o desenvolvimento de pensar sobre estratégias de cuidado com seu familiar, mas sobretudo com a sua própria saúde mental. Além disso, é possível (re) pensar a forma como cada um trabalha com o processo de saúde e doença no âmbito familiar. Assim, os participantes se reúnem em torno de um objetivo comum, conseguir compreender e lidar com as questões referentes ao adoecimento mental. Esse espaço permite a liberação de emoções, em um ambiente de empatia, em que cada participante dispõe de momentos para falar e escutar o outro. Todos têm ainda em comum o desejo de que seu parente melhore e consiga lidar melhor com sua doença mental e com suas conseqüências e contradições. O papel das residentes multiprofissionais tem sido o de coordenar tais encontros, pois se acredita que o espaço do Grupo de Familiares possa ser campo de intervenção para a formação profissional dos residentes. Assim, utilizando-se do autor Pichon-Rivière (1985), quando diz que o grupo é um conjunto restrito de pessoas que, ligadas por constantes de tempo e espaço, e articuladas por sua mútua representação interna, se propõe de forma explícita ou implícita a uma tarefa, que constitui sua finalidade. Tais pessoas interagem por meio de complexos mecanismos de assunção e atribuição de papéis. De tal modo, percebemos ser relevante que o grupo seja norteado a partir das questões que envolvam o participante cuidador, pois se entende que é para eles, os familiares, que este espaço de escuta se faz importante, já que durante o grupo é possível que cada um verbalize suas opiniões, expresse seus sentimentos e exponha suas angustias, preocupações e dificuldades. A partir da compreensão dos papéis que cada um ocupa no seu contexto familiar, é possível ir (re) construindo um modo de existir, o qual, muitas vezes, foi

estabelecido a partir da doença, para que, assim, possam ser viabilizados outros, mais saudáveis e criativos. Percebe-se neste período de realização dos encontros que os resultados encontram-se sob o aspecto do entendimento por parte da equipe médica e de enfermagem da Unidade, como este sendo um importante espaço de escuta para os familiares, e que a família, muitas vezes, está também em processo de sofrimento, assim como o usuário internado. Com a proposta do grupo percebe-se que o familiar consegue se enxergar no processo de adoecimento, compartilhando a responsabilidade com o familiar que está internado, da mesma forma contextualizando outras possibilidades de atravessamentos neste processo, tais como o aspecto social de estigma e segregação da doença mental. A partir do grupo, tem-se uma clareza maior sobre a doença, assim conseguindo realizar um melhor cuidado. Considera-se esta atividade grupal de suma importância, pois favorece a expressão de sentimentos, sofrimentos, ansiedades, conflitos e angustias, possibilitando diminuição de tensões, bem como promove a desmistificação da doença mental, contribuindo com a efetivação do processo de desospitalização. Assim sendo, acredita-se que o Grupo de Familiares é um importante dispositivo para pensar o cuidado em saúde mental, pautado numa lógica humanizada, com a tentativa de superação do modelo de atenção centrado na doença e que possibilite aos familiares a construção de um novo lugar para este sujeito na dinâmica familiar. O exercício de escuta destas pessoas colabora para a compreensão das singularidades, dinâmica de funcionamento e cultura de cada família, fornecendo informações para o planejamento individualizado do cuidado, realizado pela equipe multiprofissional. Considera-se esta atividade grupal de suma importância no fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica enquanto um projeto norteado pela participação e democracia.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, Nov. 2005.

CENTA, M. L; ELSEN, I. **Reflexões sobre a evolução histórica da família.** Família, Saúde e Desenvolvimento. Vol. 1. n. ½. Curitiba, jan-dez. 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E; QUIROGA, A. P. **Aprendizaje del rol de observador de grupos.** Buenos Aires: Ediciones Cinco. (s. d.). (Tradução livre de Nelma Campos Aragon para uso dos alunos do Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre), 1985.

26 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM DESAFIO NA SALA DE ESPERA DA UBS

SILVA, Marcelo Melo.
(Aluno de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel E-mail: marcello_melo@yahoo.com.br)

BARTEL, Tainã Eslabão.
(Aluno de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

MATOS, Greice Carvalho
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

OLIVEIRA, Maria José S.
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

AIRES, Natália Timm.
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

JACONDINO, Michelle Barboza.
(Aluna do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn- UFPel)

Descritores: Educação em saúde; Acolhimento; Serviços de saúde.

Introdução: A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde[1]. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde e intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde. Dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, Vasconcelos[2,3] destaca os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Estes serviços têm suas particularidades e caracterizam-se pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais. Dentre as práticas de educação em saúde na atenção básica esta a sala de espera, a qual não constitui um grupo propriamente dito, mas um agrupamento, onde geralmente, os indivíduos que se encontram neste ambiente não se conhecem e nem mantém um vínculo estável. Entretanto, quando se instala uma atividade pela iniciativa dos profissionais de saúde, comumente, forma-se um trabalho de grupo, de modo singular e específico para aquele contexto. A composição das pessoas em grupo é mantida, naquele momento, pela iniciativa dos expositores que iniciaram o processo participativo de educação em saúde[4]. A unidade básica deveria ser a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao acompanhamento periódico e a assistência concedida ao usuário. No entanto, por questões históricas e também por dificuldades para o acesso ao sistema público de saúde, a população procura a urgência como porta de entrada para resolução de seus problemas. Estes serviços são frequentemente criticados pela população e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão ocasionada pela necessidade de maior número de atendimentos, por tanto, com maior rapidez. Ainda, soma-se o custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra os trabalhadores. Partindo dessa premissa, o Ministério da Saúde criou o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, o qual tem como objetivo, implantar um atendimento mais

humanizado através do acolhimento do usuário já na chegada ao pronto socorro (PS) e melhor resolutividade no atendimento de urgência e emergência, sendo essa a especialidade desse serviço, ou seja, o usuário após o acolhimento será avaliado e classificado mediante protocolo pré-estabelecido de acordo com o nível de complexidade e não mais por ordem de chegada[5]. No entanto sabemos que para o melhor funcionamento deste programa, precisamos do consentimento dos usuários quanto à prioridade de atendimento do PS e que os casos de menor complexidade devem ser atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Pensando nisso surge o projeto de extensão Acolhimento com Avaliação Classificação de Risco no Pronto Socorro de Pelotas-RS: problematizando a proposta junto às UBS's, o qual tem como objetivos sensibilizar a equipe de saúde da rede básica acerca do protocolo de avaliação e classificação de risco a ser implementado no Pronto Socorro de Pelotas e trabalhar junto aos usuários das UBS's o atendimento dos diferentes níveis de atenção na rede de saúde de Pelotas. O mesmo será desenvolvido em atividades de visita domiciliar, grupos de hipertensos e diabéticos e sala de espera, sendo este último, o foco desse trabalho. **Objetivo:** Mostrar a importância da organização dos serviços de saúde aos usuários das UBS's, através, da problematização dos questionamentos levantados na sala de espera. **Metodologia:** As atividades serão realizadas na sala de espera das seis UBS's vinculadas a Universidade Federal de Pelotas. Nesse primeiro momento serão realizadas em apenas três unidades onde os integrantes do projeto estão em estágio curricular. Foram escolhidas essas unidades devido ao fato dos acadêmicos já conhecerem o perfil da equipe e da população. Será feita uma abordagem através de diálogos compartilhados, nos quais serão utilizados recursos didáticos como simbologias de casa para a UBS e PS buscando a auto-reflexão dos usuários para que possam, através do auto questionamento, compreender quais os serviços de saúde recorrer, frente a determinadas situações. Buscar-se-á evidenciar a importância do acompanhamento do usuário com doenças crônicas como diabetes e hipertensão na UBS, pois essas quando acompanhadas não geram agravos, consequentemente esses usuários não precisarão dirigir-se ao PS, onde a resolutividade do cuidado é a curto prazo. Outro fator é que em Pelotas o sistema de referência e contra referência deveria ser mais ágil, sendo assim iria prevenir agravos de patologias que necessitam de acompanhamento para serem tratadas, consequentemente esperamos poder contribuir com a diminuição da superlotação do PS. Os diálogos compartilhados ocorrerão em um tempo médio de 15 minutos, onde também será distribuído material informativo como folders, para que assim os usuários sejam também atores importantes neste processo de divulgação na tentativa de abranger uma grande parcela da população, contribuindo para que os sistemas de referência e contra referência da cidade de Pelotas trabalhem em conjunto, em busca otimizar o atendimento aos usuários, tornando- o de qualidade. **Resultados:** O projeto esta em fase inicial, entretanto, espera-se que através da dialogicidade entre usuários, discente e profissionais de saúde, realizadas na sala de espera possam evidenciar a importância e especialidade do PS, e da UBS para que desta forma os usuários compreendam o foco de atendimento de cada um dos serviços. Na expectativa também de contribuir efetivamente para melhor organização dos serviços de saúde do município. Acredita-se que um dos grandes desafios será a resistência dos usuários quanto às transformações do atual modelo de atendimento do PS de Pelotas, pois a partir dessa mudança, os casos menos graves, e de acordo como protocolo, irão esperar pelo atendimento ou serão encaminhados a UBS de referência. **Conclusão:** Através das atividades executadas na sala de espera da UBS, acredita-se que esta seja um espaço de problematização das dúvidas e angústias dos usuários. Ainda, pode-se enfatizar a importância de cada instituição, bem como o melhor uso destas pela população. Para isso, tornam-se crucial o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho perfilados pela noção de aprender, de conscientizar a equipe, de construir processos de trabalho saudáveis, e incluir os usuários como sujeitos fundamentais no processo de organização dos serviços de saúde.

Referências

1. Costa M, López E. **Educación para la salud**. Madrid: Pirámide, 1996. 536p.

2. Vasconcelos E M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

3. Vasconcellos M C. (Orgs.) Manual de atenção às urgências e emergências em pediatria. Belo Horizonte: Escola de Saúde pública de Minas Gerais; 2005. Cap.30, **Encaminhamentos responsáveis em um sistema inteligente de atenção regulada de urgência e emergência**; p.375-85.

4. Zimerman D E, Osório L C. **Como trabalhamos com grupo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

5. Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 49p.

27 INTERAÇÃO ENSINO/SERVIÇO EM CENTRO CIRÚRGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

GOULART, Tonini Carolina
(Enfermeira, Mestre em Extensão Rural (UFSM), Professora Substituta Departamento de Enfermagem UFSM: carolinatonini@yahoo.com.br)

BUSANELLO, Rozelaine Mª
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem (FURG), Enfermeira do Centro Cirúrgico HUSM/UFSM.)

SEGALIN, Vânia T. Rigo
(Enfermeira, Mstª Docência Universitária (UTN), Enfermeira do Centro Cirúrgico HUSM/UFSM.)

Descritores: Enfermagem de centro cirúrgico; Ensino; Enfermagem.

Resumo: O centro cirúrgico é uma unidade hospitalar, fechada, que concentra alta tecnologia, equipamentos e materiais específicos, bem como pessoal especializado. Soma-se a interação com pacientes, familiares, equipe de saúde e com outros setores do hospital. As características físicas, organizacionais e do processo de trabalho desse setor impõe e expõe à equipe de enfermagem situações que podem ser percebidas como estressantes. Nesse contexto, o enfermeiro de centro cirúrgico desenvolve ações de organização, planejamento, gerenciamento dos recursos humanos e materiais e atividades assistências. Seu papel concentra-se no desenvolvimento de competências e habilidades administrativas, assistenciais e educativas[1]. A inserção de acadêmicos de enfermagem para realizar aulas práticas nesse cenário representa uma tarefa desafiadora e complexa, exige planejamento, crítica-reflexiva e interação ensino-serviço. Objetivo: objetivo desse trabalho é relatar a experiência bem sucedida da interação ensino/serviço de alunos de graduação em enfermagem em um centro cirúrgico de um hospital universitário. Metodologia: relato de experiência, descritivo, qualitativo. Resultados: o desenvolvimento das atividades práticas dos acadêmicos no centro cirúrgico acontece na disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida, no quinto semestre, e propicia aos acadêmicos o desenvolvimento das competências e habilidades para atuação em centro cirúrgico, entre outras. A disciplina de centro cirúrgico nos currículos de graduação em enfermagem permite desenvolver conhecimentos para a assistência perioperatória qualificada, e oferecer oportunidade de atuação no setor[2]. O ambiente de centro cirúrgico agrega ao seu alto nível de complexidade, estressores relacionados ao processo de trabalho e riscos à saúde dos trabalhadores, alunos e pacientes. Dessa forma, pode mostrar-se hostil e amedrontador para os acadêmicos, em virtude da forma como eles percebem esse ambiente bem como suas vivências nessa temática. Contudo é possível se utilizar dessas características para construir conhecimento sobre gerenciamento em centro cirúrgico, visto que constitui uma competência administrativa do enfermeiro nesse setor. É uma atribuição do enfermeiro gerenciar a unidade de centro cirúrgico com competência técnico-científica, estabelecer condutas éticas e manter um ambiente seguro[3]. Os alunos têm a oportunidade de observar o gerenciamento da unidade, ao acompanhar a enfermeira de plantão, na organização e distribuição das cirurgias eletivas nas salas operatórias, na previsão dos equipamentos e materiais, na relação que se estabelece com a sala de recuperação pós-anestésica quanto à disponibilidade de leitos para os pacientes no pós-operatório, no agendamento e provisão de equipamentos e materiais para as cirurgias de urgência e emergência, ao encaminhar e receber materiais e equipamentos para conserto. As competências e habilidades assistenciais desenvolvem-se principalmente na recepção do paciente no centro cirúrgico, momento no qual é possível que o aluno converse com o paciente

respeitando suas ansiedades, medos e expectativas. Sabe-se que o procedimento cirúrgico gera uma diversidade de sentimentos para o paciente e sua família e a recepção humanizada juntamente com as orientações pré-operatórias pode contribuir para minimizar os estressores do paciente e sua recuperação. Aos alunos também é oportunizado auxiliar o circulante de sala, a equipe anestésica e cirúrgica a posicionar o paciente para a correta exposição do sítio cirúrgico. Essa atividade permite que os graduandos atuem na prevenção de riscos e na manutenção do ambiente seguro. A segurança na assistência e no trabalho de centro cirúrgico se concentra na minimização, prevenção e rápida intervenção nas situações de risco físico, químico e biológico. Tais como cuidados na prevenção das lesões de pele e musculares, risco de quedas, queimaduras, choque elétrico. Durante o procedimento, na medida em que o acadêmico se sente seguro e demonstra interação com o campo e com os profissionais ele atua na provisão dos materiais para as equipes anestésica e cirúrgica e precisa estabelecer relações com a central de anestesia, com o cento de materiais e esterilização, banco de sangue, laboratório e funcionário responsável pelas atividades externas. Dessa forma, o acadêmico tem a oportunidade de vivenciar atividades, consideradas estressantes pelos profissionais de centro cirúrgico, a relação com outros setores e serviços do hospital. Estudo realizado com enfermeiros de centro cirúrgico identificou as áreas de administração de pessoal e condições de trabalho como de maior nível de estresse[4]. Nesse sentido, acredita-se que permitir que o aluno desenvolva ações para enfrentar essas situações nas aulas práticas, acompanhados e respaldados pelo docente contribui para sua formação, o qualifica para uma futura atuação em centro cirúrgico e o auxilia a estabelecer suas estratégias de enfrentamento. No que se refere às competências educativas ao término das aulas práticas são realizadas reuniões de estudo e incentivo à pesquisa, nas quais todas as ações são discutidas e busca-se o referencial teórico que embasou as atividades daquele turno, assim como os procedimentos anestésicos e cirúrgicos são estudados com vistas ao conhecimento sobre uma assistência qualificada no perioperatório devido à compreensão dos efeitos das drogas e da atividade mecânica. Nesse momento também os acadêmicos podem expressar seus sentimentos, percepção, alegrias e frustrações vividas no campo. Diversos são os fatores que interferem no aprendizado em centro cirúrgico dentre eles o estresse do ambiente e do processo de trabalho em enfermagem de centro cirúrgico, a diversidade das atividades desenvolvidas nesse setor que diferem consideravelmente das atividades desenvolvidas pelos acadêmicos nas unidade de internação clínica, não conhecer os profissionais da equipe de saúde e suas atribuições, principalmente devido o uso da roupa privativa e a alta complexidade[5]. Ainda que se oportunize aos acadêmicos interação com o campo, participação dos profissionais do setor no processo de ensino-aprendizagem, ampliar o conhecimento científico sobre as especificidades da área, estabelecer relações com outros setores e serviços e respeitar as questões pessoais de identidade profissional e experiências prévias dos alunos, os fatores que interferem no aprendizado são percebidos de maneira individual e singular. Conclusões: o estabelecimento de parcerias com os profissionais do setor, a compreensão dos objetivos do serviço e das aulas práticas, a realização do trabalho em equipe, nesse caso acadêmicos, professores e profissionais, a comunicação sem ruídos, o ensino, a pesquisa foram estratégias utilizadas com sucesso para minimizar os fatores negativos que interferem no aprendizado em centro cirúrgico, ressaltar os fatores positivos, proporcionar interação ensino/serviço e qualidade de assistência ao paciente. Acredita-se que experiências como essa de interação ensino/serviço possa fortalecer o aprendizado de centro cirúrgico nos cursos de graduação e a enfermagem enquanto profissão e ciência.

Referências

1. Guido, L.A.; Szareski, C.; Andolhe, R.; Martins, F. Z.. Competências do enfermeiro em CC: reflexões sobre ensino/assistência. Rev. SOBECC, 2008.

2. Paoli, M. De.; Caregnato, R. C. A.; Millão, L. F.. Repensar a Disciplina de Centro Cirúrgico na Formação do Enfermeiro. Nursing, 2007.

3. Porfírio, R.B.M.; Munhoz, S.; Pinter, M.G.. Gerenciamento de Enfermagem em Centro Cirúrgico. In: Carvalho, R.; Bianchi, E. R. F.. Enfermagem em Centro Cirúrgico e recuperação. Manole: São Paulo, 2007.

4. Guido, L. A. Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP, 2003.

5. Silva, E. L. da; Leitão, G. da C. M.. Fatores que interferem no ensino e na aprendizagem no centro cirúrgico. Rev. SOBECC, 2008.

28 O ENFERMEIRO NA RELAÇÃO COM O SUJEITO EM ACOMPANHAMENTO NO AMBULATÓRIO PRÉ/PÓS TRANSPLANTE RENAL

QUINHONES, Sabrina Medianeira Wiethan
(Acadêmica do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Bolsista do Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde- PET-Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: sabrininhawie@hotmail.com)

CORDEIRO, Franciele Roberta
(Acadêmica do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Bolsista do Programa de Educação pelo trabalho para a Saúde- PET-Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: francieleroberta1@hotmail.com)

BEUTER, Margrid
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf – Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: margridbeuter@gmail.com)

PAULETTO, Macilene Regina
(Enfermeira especialista em nefrologia. Aluna do PPGEnf – Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.)

ROSO, Camila Castro
(Enfermeira. Mestranda do PPGEnf da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: camilaroso@yahoo.com.br)

da SILVA, Daniela Hundertmark
(Enfermeira da Clínica Renal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: danihundertmark@yahoo.com.br)

Descritores: Enfermagem; Cuidado; Insuficiência Renal Crônica; Transplante de rim.

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) é definida como uma lesão no parênquima renal e/ou pela diminuição funcional renal presente por um período igual ou superior a três meses. É uma enfermidade que compromete a função renal, incapacitando a manutenção da homeostasia interna do organismo. Os sujeitos que apresentam suscetibilidade aumentada para esta doença são conhecidos como os do grupo de risco, tais como: hipertensos, diabéticos, idosos, pacientes com doenças cardiovasculares, familiares de pacientes portadores de DRC e os pacientes em uso de medicações nefrotóxicas (BASTOS, BREGMAN, KIRSZTAJN, 2010). No Brasil, as terapias de substituição renal são em 86,7% dos casos custeadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 34,3% atendidas por outros convênios. Esse fato representa um elevado gasto para os serviços públicos em saúde, com a finalidade de manter a saúde dessas pessoas e garantir o acesso ao tratamento dialítico (SBN, 2009). Frente a esta demanda se torna não só fundamental, mas também necessária a educação em saúde ao sujeito com alteração da função renal para que os mesmos possam ser participantes e co-responsáveis no seu cuidado desde o tratamento conservador, perpassando pelo tratamento dialítico até o transplante renal. Com isso, a enfermagem possui um importante papel de educadora e cuidadora na área de nefrologia, por meio das orientações, incentivo, desenvolvimento de atividades de promoção da saúde aos sujeitos que necessitam de suporte e apoio para seu cuidado na fase em que se encontram, auxiliando na melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

Objetivos: relatar a necessidade do profissional enfermeiro na relação com os sujeitos que apresentam potencial para realização do transplante renal e, ou já realizaram o transplante e, que se encontram em acompanhamento ambulatorial no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, o qual foi realizado no ambulatório de pré/pós transplante renal do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). O atendimento é realizado semanalmente, nas quartas-feiras das treze às dezesseis horas. As atividades desempenhadas eram: avaliação do sujeito com insuficiência renal crônica (IRC) para possibilidade da realização de um transplante renal, de cadáver ou doador vivo, e acompanhamento dos sujeitos transplantados, além das orientações referentes aos cuidados com o rim transplantado, cuidados com o uso adequado das medicações que evitam a rejeição do órgão, dieta, glicemia, pressão arterial, dentre outros. Cabe ressaltar que tais atividades eram realizadas sob supervisão e colaboração da enfermeira da área. Os sujeitos passam por consultas de enfermagem e da medicina, neste momento os mesmos são esclarecidos quanto a opção da realização do transplante, para tomar uma decisão consciente a respeito. Se estiver disposto, deverá, então, passar por uma avaliação extensa de suas condições clínicas e de suas características imunológicas. Deverá ser avaliado sob o ponto de vista de áreas importantes como a cardiologia, a urologia, a odontologia, a psicologia, e a ginecologia quando indicado, entre outras. Recebe orientações sobre as vacinas e tratamento de problemas clínicos que tenham sido identificados. Estas consultas ficam registradas em protocolos próprios e retidas no quarto andar do HUSM. **Resultados:** A Insuficiência Renal Crônica (IRC) causa impacto na vida do sujeito pelo diagnóstico e tratamento, o qual impõe limitações e desestruturação na vida do portador e sua família. A doença faz com que o sujeito se adapte as novas formas de viver e novas estratégias de enfrentamento com: proibições alimentares, restrições hídricas, uso de medicamentos e tratamento dialítico. Frente a isso, o desenvolvimento técnico-científico tem possibilitado o diagnóstico precoce de doenças crônicas e o aperfeiçoamento das terapêuticas, fato este que traz benefícios no controle e evolução de várias patologias. O transplante de órgãos sólidos representa a melhor opção terapêutica, considerando custos e melhoria na qualidade de vida. Por esta razão, o transplante renal é o tratamento mais adequado para a IRC (FARIAS, MENDONÇA, 2009). No HUSM tem-se um ambulatório de transplante renal, o qual acontece semanalmente com a atuação de uma equipe formada pela enfermeira, médico e alunos de graduação. Nas consultas, realiza-se primeiramente a consulta de enfermagem a qual se avalia o sujeito em pré ou pós transplante renal, planeja as intervenções e condutas a serem realizadas de acordo com as necessidades trazidas pelo sujeito. A atuação da equipe de Enfermagem é fundamental na identificação da singularidade de cada um desses pacientes. Para isso, as ações de cuidar devem ser direcionadas àquilo que for possível para melhorar a realidade existente, mostrando disponibilidade para o diálogo, sabendo ouvir e estando junto a cada indivíduo, construindo uma forma de cuidado humanizado e integral (FLORES, THOMÉ, 2004). Em relação ao papel da enfermagem, as atividades se baseavam em orientações para o cuidado do sujeito, como por exemplo, evitar o aumento do peso, manter sob controle a pressão arterial e outros cuidados referentes ao rim transplantado, uso de medicações imunossupressoras, dentre outras. Ao médico cabia a avaliação clínica, laboratorial, prescrição dos medicamentos e comunicação do direito de receber um rim e, ainda esclarecimentos sobre o procedimento no caso da pré avaliação. Geralmente a enfermagem e medicina interagiam junto as discussões referentes aos questionamentos. Com isso, diz-se da importância do profissional enfermeiro no ambulatório, uma vez que nos faz refletir que deve-se estar apto a acompanhar o sujeito durante o processo de doença, avaliação com uma visão integral, sendo que em todas as fases são acompanhadas pelo medo e ansiedade, desta forma assegurar-lhes o melhor desempenho. **Conclusões:** Embora seja denominado como ambulatório, este é um serviço considerado de alta complexidade, por se tratar de avaliação pré e pós procedimento cirúrgico, onde as condutas

tomadas servirão de apoio para o sucesso ou não do transplante. Também, na busca por uma assistência de qualidade na enfermagem, devemos ter como base um relacionamento de confiança por meio do diálogo, no qual a comunicação deve acontecer pelo uso de uma linguagem acessível no nível de entendimento do sujeito e seus familiares, levando em consideração suas opiniões, sentimentos e necessidades (FARIAS, MENDONÇA, 2009). Pois quando a enfermagem oportuniza este momento de troca de saberes entre profissional e sujeito em pré ou pós transplante renal, os resultados são positivos, a recuperação e cuidado após são mais eficazes, uma vez que o sujeito atua como protagonista do cuidado com sua situação de saúde.

Referências

BASTOS, M. G.; BREGMAN, R.; KIRSZTAJN, G. M.. Doença renal crônica: freqüente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 248-53, 2010.

FARIAS, G. M.; MENDONÇA, A. E. O. Comparando a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e pós-transplante renal pelo "WHOQOL-BREF". **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 574-583, 2009.

FLORES, R. V.; THOMÉ, E. G. R. Percepções do paciente em lista de espera para o transplante renal. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília (DF), v. 57, n. 6, p. 687-690, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA de NEFROLOGIA (SBN). **Censo, 2009**. Disponível em: <http:// http://www.sbn.org.br/leigos/index.php?censo>. Acesso em: 10 out. 2010.

29 OFICINA DO JORNAL: UMA FERRAMENTA SÓCIO-TERAPÊUTICA DE COMUNICAÇÃO

CORTES, Laura Ferreira
(Enfermeira, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas públicas e do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Email: laurafcortez@hotmail.com)

MACHADO, Katiusci Lehnhard.
(Psicóloga, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

HEINRICH, Juliane.
(Terapeuta Ocupacional, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

SALVADOR, Luciane de Arruda.
(Terapeuta Ocupacional, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

ELY, Gabriela Zenatti.
(Enfermeira, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

TERRA, Marlene Gomes.
(Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem/UFSM na área de Saúde Mental. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade.)

Descritores: Saúde mental; Comunicação em saúde; Enfermagem em saúde comunitária; Terapia ocupacional; Psicologia em saúde.

O movimento de transformação da assistência psiquiátrica no Brasil teve início a partir da década de 1970, quando as instituições psiquiátricas desencadeiam um processo de mudança na lógica de atenção. Com isso, gradativamente se institui a busca por um modelo substitutivo, centrado na comunidade e nas redes de atenção. Em consonância com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), são estabelecidas condições para a implantação de novas políticas de saúde, em especial a Política de Saúde Mental. Inserida neste cenário, a Reforma Psiquiátrica, fruto de movimentos sociais, propõe mudanças nas práticas em saúde mental, incentivando a equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, bem como o desenvolvimento de uma rede extra-hospitalar que garanta a reinserção social, a cidadania e a autonomia dos usuários (BRASIL, 2005). Com esta perspectiva, a partir de 2002, o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o uso prejudicial destas substâncias como importante problema da saúde pública. Dessa forma, constrói-se uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, situada no campo da saúde mental. Com a portaria número 2197/2004 propõe-se a implantação de um programa de atenção para este público, que é composto pela atenção básica, pelos Centros de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas (CAPS-AD), ambulatórios, unidades extra-hospitalares especializadas, atenção hospitalar de referência e suporte social, complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (MERHY e AMARAL, 2007). A

Política de Saúde Mental define como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos dos usuários e a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2005). Com este propósito, envolvidas no cotidiano dos serviços da psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e ancoradas nos ideais da Reforma Psiquiátrica, profissionais da Residência Multiprofissional da Área de Concentração Saúde Mental do HUSM, buscam, neste contexto, a re-inserção social de usuários dos serviços, por meio da realização de diversas atividades, tais como Grupo de Saúde, Grupo de Mulheres, Oficina da Horta, Oficina do Artesanato, Grupo de Familiar, Oficina da Decopagem, entre outras. A atividade relatada neste trabalho é a realização de oficinas terapêuticas semanais para a construção de um jornal do Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM) do HUSM. As profissionais envolvidas neste trabalho propõem com este relato socializar com a comunidade a experiência de oficinas realizadas com os usuários do SERDEQUIM/HUSM, a partir da inserção destas no Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria. Neste sentido, é importante considerar o conceito de oficina terapêutica como um espaço que promove o exercício da cidadania, a expressão de liberdade, aceitação das diferenças, facilitando o trânsito social do portador de sofrimento psíquico na família e na cultura. Sua proposta é a expressão da singularidade e subjetividade, num espaço de convivência, criação e reinvenção do cotidiano (MENDONÇA, 2005). Além disso, as oficinas terapêuticas são dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental que não se apresentam apenas como uma forma inaugural de lidar com a loucura, mas também pelo fato de intervir no campo da cidadania. Atuam no âmbito social e contribuem como a possibilidade de transformação da realidade atual no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico (VALLADARES et al, 2003). Neste viés, possibilitam estratégias para a superação dos desafios da Reforma Psiquiátrica, bem como fortalecem os processos de reabilitação e reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico grave. Acredita-se nesta estratégia como forma de tratamento terapêutico em saúde mental, em especial nos serviços da Psiquiatria do HUSM. Cabe destacar, que foi utilizado o termo jornal como este sendo uma ferramenta social de comunicação que serve como um veículo de expressão de idéias, imagens, produções literárias (prosas e poesias), acontecimentos do cotidiano, experiências, histórias de vida e narrativas orais que se transformam em artigos para serem impressos. As oficinas visam, então, criar um espaço interativo, com a proposta de incentivar e trabalhar o pensamento crítico e reflexivo sobre temas do cotidiano. Neste sentido, estas são pautadas na metodologia participativa que permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, são valorizados seus conhecimentos e experiências prévias; e a soluções para os problemas emergem de seus próprios contextos de vida. Para desenvolver tal metodologia recomenda-se a criação de um clima lúdico e de liberdade nas atividades, uma vez que isto auxilia no comprometimento e na motivação dos participantes à aprendizagem; um trabalho onde os participantes sejam agentes ativos de sua própria história; e a dinamização por meio de técnicas grupais pedagógicas baseadas no prazer, na vivência e na participação em situações reais e imaginárias (LOPES et al, 2001). Com este olhar, as oficinas são desenvolvidas partindo de reflexões e da criatividade de cada participante, sobre temas do cotidiano de suas vidas, bem como outros temas. A dinâmica de participação acontece com a média de dez usuários, sendo que o público-alvo são os usuários internados, bem como algumas pessoas que após a alta demostraram interesse em retornar para esta atividade, ou seja, à medida que há identificação com esta proposta de oficina, existe a possibilidade de participar semanalmente, durante a oficina que tem duração de aproximadamente uma hora. Além disso, o envolvimento dos usuários se estabelece a partir das discussões e escrita dos temas para compor as seções do jornal; da escolha das imagens; da organização de cada texto e da seção correspondente. Já a implicação das profissionais da Residência Multiprofissional compreende a coordenação do espaço da Oficina, ou

seja, organização dos recursos utilizados, como textos para subsidiar as discussões e escritas, a compilação e digitação das reportagens. Assim, os temas para produção dos textos são debatidos e produzidos pelos usuários juntamente com a coordenação. A escolha do nome do jornal ocorreu, democraticamente, por meio de votação. Os usuários sugeriram os nomes, sendo o nome escolhido: "*100% Sobriedade"*. Durante as oficinas de construção do jornal foi se estabelecendo um espaço de atividade terapêutica, reflexão e produção dos usuários, os quais se envolvem significativamente na construção de cada edição do jornal, bem como em sua divulgação. O jornal está sendo editado trimestralmente e conta com o apoio dos profissionais do SERDEQUIM e o Centro de Ciências da Saúde da referida Universidade. É importante salientar que os resultados têm se configurado na própria produção informativo-reflexiva, que está na 2ª edição; bem como no compromisso dos usuários com esta atividade. Isto se percebe pelo retorno destes ao grupo, já que muitos, mesmo após a alta hospitalar têm retornado para participar da oficina, assim como a visualização da Oficina como um agente potencializador de sentidos de vida e de movimento de pensar o cuidado para além da doença. Também, se percebem os resultados positivos para as profissionais envolvidas com a oficina, uma vez que o trabalho interdisciplinar tem proporcionado um campo rico de trocas entre os saberes das profissionais e dos usuários. Portanto, acredita-se que esta oficina sirva como uma atividade grupal de socialização, expressão e re-inserção social de suma importância, uma vez que consiste em um momento de ocupação terapêutica, exige o desenvolvimento da atenção e criatividade e possibilita que o usuário possa voltar seu foco para a atividade, saindo por um momento do enfoque da doença. Ressalta-se que atividades deste tipo sirvam como dispositivo de cuidado em saúde mental como também um instrumento de ampliação do olhar sobre o tratamento, proporcionando aos profissionais envolvidos uma perspectiva de cuidar focada no sujeito e sua família.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

LOPES, E.B, et al. **Metodologias participativas.** In: BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. Adolescer, compreender, acolher. Brasília, 2001.
MENDONÇA, T.C. P. de. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação.** Rev. Psicologia Ciência e Profissão, n. 25, vol. 4, 626-635, 2005.

MERHY, E. H.; AMARAL, H. (Orgs.) **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Editora Hucitec, 1ed. 313p. 2007.

VALLADARES, A.C.A, et al. **Reabilitação social através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais.** Rev Eletrônica Enferm; n. 5, vol. 1, 4-9, 2003.

30 REDE SOCIAL DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE NA COMUNIDADE E SEUS FAMILIARES CUIDADORES

ZAMBERLAN, Kellen Cervo
(Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. kellencz@hotmail.com)

SILVEIRA , Andressa da
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista REUNI.)

NEVES , Eliane Tatsch
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.)

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Cuidadores; Saúde da criança; Rede de cuidados continuados em saúde.

Introdução: Com o avanço tecnológico e medicamentoso na enfermagem pediátrica e neonatal, ocorreu o aumento da sobrevida de crianças acometidas por agravos perinatais, doenças crônicas ou traumas (NEVES; CABRAL, 2008). Esta mudança pode provir de uma queda significativa na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 45,19, em 1991 para 24,32 para cada mil nascidos vivos em 2007. As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) são uma clientela inédita nos serviços de saúde, que apresentam necessidades especiais de saúde para além das demais crianças (NEVES, CABRAL, 2008; McPHERSON et al, 1998). Entre as principais causas das necessidades especiais (NES) em crianças encontram-se: crianças que sobrevivem a doenças evitáveis que tiveram seu estado cronificado, devido ao grande tempo exposto em internações ou internações repetitivas; ou devido às doenças perinatais desenvolveram algum tipo de doença complexa por necessitarem de um tratamento intensivo e prolongado; ou devido a más formações congênitas que por sua condição acabam necessitando de acompanhamento de saúde frequente e por tempo indeterminado. Ressalta-se que as CRIANES necessitam de cuidados específicos inclusive no ambiente domiciliar. Neste sentido, após a alta hospitalar, a criança é encaminhada para o domicilio e seus cuidadores/familiares deverão dar continuidade ao tratamento afim de que a CRIANES tenha melhor qualidade de vida. O atendimento das demandas de cuidados de sobrevivência das crianças ocasiona estresse e sofrimento exigindo superação dos desafios (NEVES; CABRAL, 2008). A mesma autora trás ainda que esses cuidados expressam uma trajetória de luta, sofrimento, interferindo na dinâmica familiar. Por causa do cuidado exaustivo que a família desempenha para a criança, se perde em partes o vinculo social, sendo que muitas vezes o cuidador principal da CRIANES necessita deixar o emprego para dedicar exclusivamente ao cuidado domiciliar da criança. Neste contexto, a rede social dessas famílias deve fazer parte do plano de cuidados dessa criança, pois estes darão suporte na prática de cuidado e atenção emocional. Como as famílias das CRIANES se tornam especialistas no cuidado, acredita-se que é necessário entender a dinâmica e a estrutura familiar, para conhecer a rede social que permeia a CRIANES e sua família na comunidade. Ressalta-se ainda que embora esta clientela emergente e necessite de atenção integral não existem, até o momento, políticas específicas para as CRIANES. Portanto acredita-se que a CRIANES e os seus familiares/cuidadores devem ser amparados por uma rede social que possa conduzir os familiares/cuidadores aos serviços de referência afim de que a criança receba atenção integral quando retorna para o âmbito domiciliar na comunidade. **Objetivo:** Este estudo objetiva

conhecer a rede social da CRIANES na comunidade além de descrever o itinerário dessa CRIANES após a alta hospitalar; percebendo as dificuldades e facilidades enfrentadas por esta família; descrevendo os vínculos fortes e fracos presentes no cotidiano da criança. **Materiais e método:** Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo descritivo exploratória com abordagem participativa, de um trabalho de conclusão de curso de Enfermagem que está em andamento. Ressalta-se que esse trabalho integra um projeto de pesquisa intitulado "Crianças egressas da terapia intensiva neonatal: caracterização das necessidades especiais de saúde e do acesso aos serviços de seguimento em saúde –Santa Maria – RS." Esta pesquisa passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e foi aprovada com o número 0003.0.243.000-08. Para a seleção dos sujeitos da pesquisa será sorteada uma família do banco de dados do ano de 2006 da referida pesquisa, sendo critério de inclusão famílias que residam em Santa Maria, e o acesso via telefone/endereço para localização da família. Caso a família não seja encontrada, ou não queira participar, um novo sorteio será realizado. O método de produção de dados será o Método Criativo Sensível (MCS) proposto por Cabral (1998), por meio da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS) Mapa Falante com os familiares cuidadores de CRIANES. O cenário de pesquisa para a aplicação da DCS é o domicílio da família sorteada. O MCS consolida técnicas de produção de dados; faz uso dos mais diversificados instrumentos e procedimentos da pesquisa qualitativa; e, além disso, torna válidos seus dados, pois os participantes acabam mostrando para o coletivo suas produções artísticas por meio do significado do que foi produzido, geram temas a serem debatidos pelo grupo. A exemplo dos Círculos de Cultura Freirianos, as DCS criam espaços de discussão e reflexão, levando os sujeitos da pesquisa a socializarem suas práticas vivenciais e existenciais. No momento da visita domiciliar, será lido no inicio o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; após será aplicado um questionário com forma de conhecer dados gerais da família e da CRIANES, sendo logo após realizada a DCS Mapa Falante. O encontro será gravado em áudio. A análise dos dados será por meio da Análise de Discurso Francesa (AD) (ORLANDI, 2005). A AD consiste na análise de unidades texto para além da análise da frase. Possibilita a leitura dos interdiscursos, valorizando a relação de sentidos na interação com o outro, levando em consideração sua historicidade. Para a apresentação da estruturação da família será utilizado o Genograma e Ecomapa, tendo como referencial teórico o Modelo Calgary de Avaliação da família. Nesse modelo, a contextualização do relacionamento entre família e enfermeiras pode ajudar a efetuar mudanças e iniciar a cura (WRIGHT e LEAHEY, 2009). **Resultados esperados**: Ao término da produção e análise dos dados será elaborado o relatório final da pesquisa referente ao ano de 2006, o relatório final e completo constituirá o Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Enfermeiro. Desta maneira, espera-se com este estudo, conhecer um pouco da dinâmica familiar e dos desafios enfrentados pela família de uma CRIANES; conhecer em quem os familiares/cuidadores se apóiam afim de conhecer se a família tem suporte para dar continuidade a prática de cuidar de uma CRIANES e quem lhes auxilia neste cuidado. Deste modo considera-se imprescindível que o plano de cuidado dessa criança contemple não apenas aspectos técnicos, mas também suas necessidades sociais, o que torna esse cuidado prestado mais efetivo e eficaz. E ainda, esta inclusão da rede social no plano de cuidado a CRIANES simplificando sua realização além de facilitar estas atividades no cotidiano da família. Além disso, vislumbra-se contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que possam atingir essa nova clientela emergente cada vez mais presente nos serviços de saúde, facilitando o serviço de referencia e contra referência ideal para a assistência a saúde desta CRIANES.

Referências

CABRAL, I.E. O **método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem**. IN: GAUTHIER, J. H. M. et al. Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 177-203, 1998.

McPHERSON, M. et al. **A new definition of children with special health care needs.** American Academy Pediatr. v. 102, n. 1, p. 137-41, 1998.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Jul-Set; v.17, n.3, p. 552-60, 2008.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos.** 6. ed. São Paulo: Pontes, 2005.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M**. Enfermeiras e famílias**: **um guia para avaliação e intervenção na família**. 4 ed. São Paulo: Roca, 2009.

31 A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DURANTE A VISITA DOMICILIAR

GALARRAGA, Sarine Fábrica
(Acadêmica da Faculdade de Enfermagem (FEn)/Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), 7º semestre. Voluntária do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET Saúde). Relatora. sasgalarraga@hotmail.com)

PALAGI, Sofia
(Acadêmica FEn/UFPel, 7º semestre. Bolsista do PET Saúde.)

SCHRADER, Greice
(Acadêmica FEn/UFPel, 7º semestre. Bolsista do PET Saúde.)

FERRAZZA, Anielle
(Acadêmica FEn/UFPel, 7º semestre. Bolsista do PET Saúde.)

JAKS, Caroline Daiane Weber
(Acadêmica FEn/UFPel, 7º semestre. Bolsista de graduação em monitoria da disciplina: Unidade do cuidado de Enfermagem III.)

PEREIRA, Denise Bermudez
(Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família/ Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas/RS. Preceptora do Projeto PET Saúde.)

Descritores: Educação em Saúde; Visita Domiciliar; Educação em Enfermagem.

Introdução: A enfermagem é uma área do conhecimento que abrange atividades como o cuidar, o gerenciar e o educar, entre outras. Dentre as diversas formas de atuação do enfermeiro na sociedade moderna, a prática educativa vem despontando como principal estratégia à promoção da saúde[1]. O profissional de enfermagem é capacitado durante sua formação para executar ações de promoção/prevenção que visem uma melhor qualidade de vida, fazendo assim a disseminação do cuidado através da educação em saúde. A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população[2]. Nesse contexto se enquadra o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET- Saúde) criado pelo Ministério da Saúde em 2008, que objetiva fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS[3]. A Universidade Federal de Pelotas (UFPel), nossa universidade, desenvolve este projeto e nele é proposto o cuidado domiciliar para com os usuários do sistema de saúde, que neste caso são idosos. Estes, que devido a dificuldades de locomoção, ou por não disporem, muitas vezes, de cuidadores para acompanhá-los ao serviço de saúde, têm seu atendimento prejudicado. Dentro do cuidado, a visita domiciliar se mostra como um momento oportuno para que aconteça um compartilhamento de conhecimentos, que consiga abranger não somente quem está sendo cuidado, mas também o cuidador, proporcionando assim maior conhecimento para os familiares, que muitas vezes desconhecem qual atenção deve ser dispensada

àquele familiar. Quando a pessoa que necessita de cuidados é um idoso, muitas vezes, a atenção que ele requer acaba sobrecarregando a família, tornando o cotidiano exaustivo. É importante salientar que muitas vezes o próprio idoso se sente desvalorizado por não cuidar de sua saúde como fez durante toda sua vida. Desta forma, faz-se necessário estimular o autocuidado, o que poderá interferir diretamente na qualidade de vida dessa família, que já não percebe suas próprias necessidades, por estar envolvida com o cuidado de saúde de alguém que divide o mesmo espaço. A intervenção educativa pode contribuir para mudanças no estilo de vida, favorecendo a aquisição de conhecimentos, sendo, portanto, um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sua condição de saúde, propiciando, também, o aprendizado de novas formas de cuidar, ampliando as oportunidades para resgatar seu bem-estar físico e emocional[2]. Ressalta-se que nesse processo a família tem a opção de aceitar ou não as novas informações, podendo também, adotar novos comportamentos frente aos problemas de saúde. Não basta apenas seguir normas recomendadas de como ter mais saúde e evitar doenças, e sim realizar a educação em saúde num processo que estimule o diálogo, a reflexão, o questionamento e a ação partilhada[2]. **Objetivo:** Relatar a importância da visita domiciliar, como prática de educação em saúde, para os acadêmicos de enfermagem do PET Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicas de enfermagem da UFPel, as quais são integrantes do PET Saúde, que exercem carga horária de oito horas semanais em unidades básicas de saúde. Como parte das atividades, está presente a visita domiciliar, para realizar cuidado, prevenção e promoção em saúde. A escolha do tema proposto deu-se devido à necessidade de acrescentar mais conhecimentos à nossa formação acadêmica. **Resultados e discussão:** Através do trabalho realizado, tivemos a oportunidade de observar o quão importante é a prática de promoção à saúde. A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população[2]. A Estratégia de saúde da família (ESF) prevê a utilização da assistência domiciliar à saúde, em especial, a visita domiciliar, como forma de instrumentalizar os profissionais para sua inserção e o conhecimento da realidade de vida da população, bem como o estabelecimento de vínculos com a mesma; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias[4]. Com as visitas domiciliares conseguimos promover saúde não somente ao usuário que está sendo atendido pelo serviço, mas também intervir de forma simultânea com a família, que acaba ficando, muitas vezes, excluída desse cuidado. Ainda, através das visitas regulares, foi possível estabelecer vínculo com as famílias atendidas, o que facilitou o processo de abordagem dos diferentes problemas encontrados e as intervenções necessárias nestas famílias. Além disso, todas as vivências nos exigiram conhecimentos e consequentemente a busca por informações em artigos e livros, para que pudéssemos intervir com mais segurança, e proporcionar o cuidado especifico para cada família, respeitando suas particularidades. **Considerações finais:** Diante da experiência vivenciada foi possível perceber que para cada indivíduo se faz necessário um plano de cuidados de enfermagem, estruturado com a participação da família, de acordo com sua rotina e cultura. Para que possamos realizar educação em saúde dentro do domicílio, é imprescindível respeitar o espaço da família, interferindo o mínimo possível na rotina das pessoas, considerando sempre seus valores e crenças, estabelecendo uma relação de confiança e respeito mútuo para que o cuidado ao qual nos propomos tenha sucesso e traga mais qualidade de vida ao nosso cliente. Ao nos depararmos com situações complexas, utilizamos a pesquisa para aprimorar nosso conhecimento, e dessa forma enriquecer nossa formação acadêmica. A realização do estágio extracurricular durante a formação acadêmica é de suma importância para o futuro profissional enfermeiro, visto que o aproxima da realidade. Acreditamos que nossas vivências nestes serviços de saúde tenham contribuído para adequar-nos ao perfil desejado do

egresso do curso de Enfermagem: um profissional de saúde crítico e reflexivo, que trabalha em equipe e atenta as prioridades do cliente. Assim sendo, ressalta- se a importância de projetos de extensão que a graduação nos proporciona para que a formação ocorra com maior conhecimento, os quais conseguiremos ao vivenciá-los através da prática.

Referências

1. SOUZA, Lucas M. de.; WEGNER, Wiliam.; GORINI, M. I. P. C. Educação em Saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. **Revista Latino Americana Enfermagem**, n.15, v.2, março-abril, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a22.pdf>. Acesso em: 31 de março de 2011.

2. MARTINS, J. ; ALBUQUERQUE, G. L.; NASCIMENTO, E. R. P.; BARRA, D. C. C.; SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicilio. **Texto contexto Enfermagem,** n.2, v.16, abr.jun., 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-70720070002000007&lng=pt>. Acesso em: 31 de março de 2011.

3. BRASIL, Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35306>. Acesso em: 06 abr. 2011.

4. GIACOMOZZIL, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem Florianópolis**. n. 15, v.4, p. 645-53., out. dez., 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a13.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2011.

32 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS AVANÇOS E DESAFIOS

SILVA, Jane Evangelho
(Acadêmica do 5ª semestre de enfermagem FISMA. E-mail: jan_evangelho@hotmail.com)

KRUM, Adriana de Castro Rodrigues
(Enf. Esp.Adriana de Castro Rodrigues Krum. Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria -FISMA. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Santa Maria: RT: Saúde mental e RT AB/ ESF zuca45@hotmail.com)

Descritores: Sistema único de saúde; Papel do profissional de enfermagem; Administração de instituições de saúde.

O Sistema Único de Saúde - SUS é um sistema universal e integral com direito a saúde para todos os cidadãos. Representa o maior avanço político, democrático e social. Todo ser humano pelo simples fato de ter nascido com vida, no momento de seu nascimento adquire o direito subjetivo á saúde, direito que lhe acompanha até a morte. Baseado nos preceitos constitucionais, o SUS norteia-se pelos princípios doutrinários universalidade, equidade e integralidade. Ainda que saibamos que a saúde em sua expressão maior dependerá sempre de um conjunto de medidas abrangentes de políticas públicas nos mais variados campos, conforme explicito na Lei 8.080/90, deve ser efetiva, imediata e colocada à disposição da coletividade como uma obrigação estatal, um dever jurídico a ser cumprido, como um direito de eficácia plena e imediata. A enfermagem como profissão ainda busca fortalecer a sua identidade. Estamos vivendo um momento significativo na sociedade, nas profissões e no cuidado da saúde individual e coletivo. Por mais que a evolução do cuidado do homem vem ocorrendo há muitos anos, as mudanças socioeconômicas e políticas contemporâneas vêm afetando os processos de trabalho e de cuidado, exigindo mudanças na formação e na atuação em saúde. Neste contexto temos como objetivo deste trabalho destacar: Qual o papel e importância do enfermeiro como agente transformador da atual realidade do SUS, com ênfase na sua participação na gestão frente a avanços e desafios para efetivar os princípios doutrinários do SUS. Para aprofundar este trabalho utilizou-se a pesquisa bibliográficas (Carvalho, 2002; Mendes, 1999; Pain, 2009 e Puciia, 2007) e reflexões da vida profissional e estudantil dos autores. Dentre a pesquisa destacamos: que a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a sociedade brasileira obteve muitas conquistas e no que nos remete do âmbito da saúde, podemos salientar vários aspectos. Dentre elas podemos destacar as propostas oriundas da 8ª Conferência Nacional de Saúde que puderam ser contempladas das quais podemos citar a integralidade das ações, descentralização da gestão, regionalização, hierarquização, fortalecimento do município e participação da comunidade. No inicio da década de 90 temos a regulamentação do SUS., no qual tem como princípios norteadores: a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, universalidade, eqüidade, integralidade, regionalização e hierarquização, descentralização como um gestor único em cada esfera do governo, participação efetiva da comunidade, financiamento tripartite entre União, Estados e Municípios, etc. O SUS também propõe a promoção da saúde, priorizando ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. Outra das diretrizes do Sistema Único de Saúde, "a participação da comunidade", que se efetiva mediante a sua integração em órgãos colegiados decisórios, como são os Conselhos de Saúde, quando os indivíduos com assento nesses colegiados, participa da formação dos comandos legais imperativos; da construção de realidades exigidas pelo bem comum, enfim desempenhando, em parceria com o Estado, o papel que a este cabe,

constitucionalmente no regime democrático. Com base nessa visão, segundo CARVALHO e SANTOS (2002), já se faz necessário a mobilização da comunidade no sentido de participar das decisões governamentais de interesse geral e de exprimir livremente as suas reivindicações por meio dos Conselhos e Conferências, pois a participação da comunidade permite sua intervenção na gestão da saúde. Os cidadãos podem discutir e direcionar os serviços públicos para atender os seus interesses. Isso é o controle social. O Conselho de Saúde é o órgão deliberativo do SUS, com atribuições bem definidas e em relação às quais ele pode deliberar sobre vários assuntos, normatizando, recomendando ou promovendo diligências. O direito a saúde não pode se consubstanciar em vagas, promessas e boas intenções constitucionais, garantido por ações governamentais implantadas e implementadas oportunamente, mas não obrigatoriamente. Partindo desse parâmetro a realidade do SUS vivenciada no Brasil é que os sistemas de saúde elaborados e constitucionalizados, apesar de ser atribuído como um dos sistemas de saúde melhores do mundo, passam por grande dificuldades, pois delineiam planos de saúde, orçam recursos financeiros, mas os próprios políticos que deveriam ter vontade de promover a saúde fazem o contrário: muitos deles apossam-se do dinheiro público, conforme publicações na mídia. A população de menor poder aquisitivo permanece dias na fila à espera de uma consulta ou tratamento, com agravamento de danos, morrem pela falta de assistência ou mesmo nem comparecem ao serviço de saúde por descrença e/ou falta de esclarecimento de onde procurar o acesso necessário para resolver seu problema de saúde. A verdade é, que todos pagam este beneficio saúde mediante impostos, previdência social, mas quando necessitam de assistência dificilmente conseguem ou é solicitado novos pagamentos, cujas as importâncias são inacessíveis às classes média e pobre. O direito a saúde assim considerado (mero assistencialismo) transforma-o em “direito dos pobres” devendo a classe média desejá-lo em forma de “mercadoria”, pretendendo sempre ter ou melhorar seu plano ou seguro de saúde. A saúde como um direito de todo cidadão brasileiro deve ser efetivado independentemente de sua condição social. Frente ao que foi exposto, o papel do Enfermeiro no SUS confere a articulação da enfermagem no conjunto das demais práticas sociais que representa um processo em construção, que demanda mobilização e a participação dos enfermeiros nos diversos espaços de discussão, reivindicação, deliberação, planejamento, execução e avaliação das propostas e projetos voltados para consolidação do SUS. Como generalista, o enfermeiro pode intervir nos mais variados problemas de saúde do individuo, família, grupos e comunidade como um todo. Assim sua inserção na equipe de saúde é fundamental para a consolidação de um sistema público, universal, gratuito, de qualidade, conforme as diretrizes do SUS. Nesse sentido, a enfermagem reúne todos pré requisitos para auxiliar os gestores de saúde, com uma ampla variedade de subsídios da sua área ou especialidade, podendo desempenhar a função de assessoria em qualquer uma das três instâncias gestoras do SUS (federal, estadual ou municipal). O Enfermeiro pode conferir assessoria direta aos gestores de saúde (secretários municipais de saúde, secretários estaduais de saúde) nas seguintes ações: na formulação, planejamento, implantação e avaliação de políticas de saúde e de recursos humanos, programas de saúde, modelos de atenção à saúde e proposição de novas tecnologias de atendimento à população; a representação de instancias colegiadas de decisão do SUS com o objetivo de discutir os problemas e elaborar propostas para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde nos seus diferentes níveis. A legislação do SUS prevê a participação de diversos setores sociais, inclusive dos profissionais de saúde mediante seus representantes. Com base nessa visão, o Enfermeiro como agente transformador da realidade vivenciada no SUS, é eficiente, mas ainda esta longe de chegar aos parâmetros almejados como nos refere a Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que desempenha papel fundamental para a contribuição deste desenvolvimento, pois o Enfermeiro é o profissional que visa a humanização no cuidado, a integração com a comunidade, além disso, é o profissional da área da saúde que é o mais próximo

da população, e que mais se envolve com suas delimitações e necessidades. Então cabe ao papel inerente da enfermagem estimular a informação, contribuir e compartilhar suas experiências, não permitindo o comodismo e o individualismo que no decorrer da sua carreira pode afeta-lo, a desencorajá-lo com seu compromisso com a vida e a saúde dos indivíduos. A enfermagem vista como um diferencial na área da saúde deve participar ativamente na política pública, encaminhando todos os cidadãos rumo à dignidade e ajudando ao fortalecimento das leis impostas na legislação brasileira, e simultaneamente tornando os indivíduos não mais pacientes, mas clientes de seu próprio governo, que todos nós ajudamos a construir e se desenvolver, sendo assim, cobrando retorno de nosso respeito perante a sociedade. Concluímos que a enfermagem precisa colocar-se como sujeito. Entendido como aquele que se posiciona no centro do seu mundo para lidar com ele, considerá-lo, realizar nele todos os atos de preservação, proteção e defesa, superando a fragmentação de sua prática, legitimando-se como disciplina e como profissão. Aos profissionais da enfermagem interessam as políticas públicas, já que trabalham buscando compreender e desenvolver ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população. Para pensar a saúde como um bem coletivo e o significado político que representa é necessário que a enfermagem exercite o seu direito de acesso ao conhecimento. Contudo, devemos lembrar que o SUS é um sistema em construção e, para tanto, não bastam leis, normas e certos ganhos. Existem muitas lutas e mobilizações políticas. Conforme PAIM (2009), o SUS já representa um patrimônio nacional, apesar das suas dificuldades. Mas há muito que caminhar, para alcançar a universalização real, a redução das desigualdades e maus tratos, a qualidade e efetividade na atenção a saúde. Para o paciente e seus familiares, usuários do sistema de saúde brasileiro, persiste questões assistenciais e éticas,que requerem a adoção de diversas medidas de defesa do direito `a saúde do cidadão.

Referências

CARVALHO, Guido Ivan e Santos, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários a Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90 e 8.142/90). Campinas: Unicamp, 2002, 322 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma Agenda para a Saúde 2º ED. São Paulo: Hucitec 1999, 300p.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

PUCCIA, Maria Inês Rosselli. A Enfermagem na gestão em atenção primária a saúde. In: Álvaro da Silva Santos, Sonia Maria Rezende C. de Miranda. A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri – SP/ Manoele, 2007. – (Série enfermagem).

33 PAPEL DOS ENFERMEIROS NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MACHADO, Bruna Parnov
(Enfª Mestranda PPGEnf/UFSM. E-mail: bruninha_pmachado@hotmail.com)

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
(Enfª Profª Drª Docente da UFSM e vice-diretora de Enfermagem do HUSM)

PORTELA, Odete Teresinha
(Enfª Mestre em Engenharia da Produção, Membro do Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial do HUSM)

RODRIGUES, Marlene Kreutz
(Enfª Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial do HUSM)

SILVA, Fernanda Stock da
(Enfª docente da Faculdade Integrada de Santa Maria e Coordenadora da Enfermagem do Hospital Geral Unimed Santa Maria)

AMTHAUER, Camila
(Enfª graduada pela Universidade Federal de Santa Maria/CESNORS)

Descritores: Enfermagem. Gestão da Qualidade. Administração em Enfermagem.

Introdução: Os enfermeiros dada a sua condição de tomadores de decisão, ressentem-se da falta de estudos relacionados à gerência estratégica. Os estudos neste tema ganham importância, em face às necessidades de obtenção de ganhos de qualidade e produtividade diante das mudanças que estão ocorrendo no mundo. Vive-se atualmente uma fase de profundas modificações na maneira de gerir pessoas o que resultará em um novo modelo assistencial. O que está em curso nas organizações é a integração dos recursos humanos à filosofia da qualidade, ao lado do aprimoramento e maior produtividade nas atividades de desenvolvimento. A gestão na qualidade vem tornando-se cada vez mais utilizada, convertendo-se em importante ferramenta nos serviços de saúde. Além disto, os clientes estão cada vez mais exigentes nas suas avaliações. Existe a possibilidade de se identificar terrenos de potência no trabalho de gestão em qualidade, portanto é necessária a constante aquisição de conhecimentos na área do gerenciamento de enfermagem para a conseqüente garantia da qualidade do serviço prestado. Segundo Antunes (2000), a enfermagem, a exemplo dos hospitais, igualmente iniciam estudos e adotam o gerenciamento da qualidade com a intenção não só de alcançar um padrão aceitável de assistência, mas também a responder as expectativas dos trabalhadores e dos pacientes.Toda a organização prestadora de serviços de saúde deve se preocupar com sua melhoria permanente e com o desenvolvimento de uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas docentes e de pesquisa. (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2003) Deste modo, é importante que os profissionais de saúde apresentem uma visão integrada dos problemas e dos recursos necessários ao seu enfrentamento. Em um processo participativo e flexível é que são incorporadas as experiências que surjam à luz dos diferentes saberes, dentro de um marco comum que lhe dê a consistência e a coerência necessárias à difusão. É preciso que sejam conhecidas e pactuadas as normas, regulamentos e rotinas que serão adotadas, com vistas a assegurar o

desempenho da equipe e conferir direcionalidade às ações. **Objetivos:** O objetivo geral desse resumo é apresentar os resultados parciais do Projeto de Pesquisa intitulado: Atuação do enfermeiro na gestão da qualidade da assistência em unidades de Clínica Médica no Hospital Universitário de Santa Maria. O mesmo tem por objetivo geral descrever expressões, atitudes, comportamentos, manifestações e sentimentos que permeiam a vivência do enfermeiro da Clínica Médica no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) - RS relacionada com a gestão da qualidade em enfermagem. Especificamente: Identificar o significado apreendido na vivência do enfermeiro na gestão da qualidade em enfermagem hospitalar; discutir, a partir do mundo vivencial, como interage o enfermeiro diante da gestão da qualidade hospitalar e propor ações de enfermagem relacionadas com a gestão da qualidade em enfermagem da Clínica Médica do HUSM. **Metodologia:** Para atender às questões norteadoras e aos objetivos propostos, está sendo utilizada a abordagem qualitativa a fim de compreender a gestão da qualidade na assistência de enfermagem. Estão sendo realizadas entrevistas semi estruturadas com enfermeiros da Clínica Médica I e II do Hospital Universitaário de Santa Maria. O projeto foi aprovado pelo Cômite de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o número CAAE: 0097024300010. Assim, a coleta dos dados iniciou em 26 de agosto de 2010, sendo que a última entrevista foi realizada dia 16 de setembro de 2010, perfazendo até o presente momento um total de 6 enfermeiros entrevistados. Foram realizadas leituras preliminares do material e optou-se por dar continuidade a coleta de dados, tendo como objetivo a saturação das informações. A análise está sendo desenvolvida de acordo com os resultados das entrevistas e agrupados usando a Metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) de Strauss & Corbin Este formato consta de quatro colunas: 1) Categoria 2) Subcategoria 3) Código 4) Unidade Temática. (STRAUSS & CORBIN, 2002). A TFD de acordo com Lima (2010) é um referencial interpretativo e sistemático que extrai das vivências dos atores sociais aspectos significativos que possibilitam construir bases teóricas, propulsoras do conhecimento em enfermagem Ressalta-se que o objetivo da aplicação dessa metodologia é a identificação da idéia central que é permeada pelas demais categorias (DANTAS, 2009). As entrevistas estão sendo realizadas com os enfermeiros que aceitam participar do estudo, em local previamente agendado, no ambiente de trabalho, as mesmas são gravadas em um aparelho mp3 e, após, transcritas e validadas com a assinatura/rubrica dos sujeitos. O material das entrevistas será guardado com a pesquisadora pelo período de cinco (05) anos, o qual depois será incinerado e apagado dos meios digitais. **Resultados:** A qualidade aplicada às organizações hospitalares é algo instigante, capaz de provocar discussões teóricas e um desafio à sua aplicabilidade prática. Esse processo nos coloca diante de vários questionamentos, motivo pelo qual deve continuar a ser exaustivamente estudado, como forma de desenvolver modelos de gestão mais adaptados às peculiaridades e especificidades destas organizações, considerando a complexidade do seu ambiente institucional. A aplicação de programas de qualidade, sob a ótica da eficiência de mercado, tem focalizado apenas aspectos instrumentais e analisado de forma reduzida o ambiente institucional das organizações, sobretudo, no setor público. Ao que parecem, as medidas intra-organizacionais dos programas de qualidade têm tido baixo impacto sobre os custos do setor saúde, entre outros, o que determina um alcance limitado dos programas neste sentido, quando não se observa o modelo de atenção como um todo. A superação desses problemas no sistema de saúde exige, sem dúvida, uma abordagem mais complexa em termos de política de saúde. Em vista disso, espera-se com esta pesquisa realizar uma análise da gestão da qualidade na área hospitalar de um hospital de grande porte da região central do estado do RS, comparando os resultados encontrados com outros estudos similares. Também se pretende refletir na prática de enfermagem, norteando os acadêmicos de enfermagem na construção do conhecimento científico inseridos na realidade local, no intuito de melhorara a assistência prestada a população em geral. Discutir a prática da gestão da qualidade na

enfermagem por meio de trabalhos científicos e reproduzir estudos semelhantes em outros locais. Espera-se a construção de indicadores de qualidade na assistência de enfermagem a fim de subsidiar um software na área. **Conclusões:** O profissional de enfermagem retrata um contingente significativo na equipe de saúde, cabendo-lhe o planejamento da assistência, que pode ser facilitada ao exercer a liderança da equipe de enfermagem com criatividade. Entende-se que o avanço tecnológico e as transformações que estão aliadas ao progresso transformam o mundo, o que traz grandes mudanças nas relações sociais. É de responsabilidade do indivíduo a decisão de usar as oportunidades para transformar o mundo em que vive oportunizando, ou seja, tecendo a rede da qualidade em saúde. Assim, é de suma consideração que reflita sobre sua prática, uma vez que é de sua responsabilidade a busca de novas abordagens para o desempenho do seu papel.

Referências

ANTUNES, A. V.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento da qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Rev. Latino-am. enfermagem** – Ribeirão Preto – v. 8 – n 1 p. 35-44 – janeiro 2000.

DANTAS, C.C; LEITE, J.L; LIMA, S.B.S; STIPP, M.A.C. Teoria Fundamentada nos Dados-Aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.4, [online], jul/ago, 2009.

LIMA, S. B. S, de.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L.; PROCHNOW, A.; STIPP, M.A.C.; GARCIA, V. R. R. L. La Teoría Fundamentada en Datos: Un camino a la Investigación en Enfermería. **Index de enfermería digital**.[online], v. 19, n.1, p. 55-59, 2010. Disponível em: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n1/7166.php> Acesso em: 13 de out.2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares.** Pelotas: Educat, 2003.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada.** Colombia: Editorial Universidad de Antioquia – Facultad de Enfermería de La Universidad de Antioquia, 2002.

34 CONSULTA DE ENFERMAGEM EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATENDIMENTO VOLTADO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva
(Autor e Relator. Enfermeiro - UFSM. Especialista em Saúde Coletiva - UNIFRA. Especialista em Gestão Educacional - UFSM. Especialista em Educação Ambiental - UFSM. Especialista em Tecnologias da Informação e da Comunicação Aplicadas à Educação - UFSM. Residente do Programa de Residência Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: marcelonsf@gmail.com)

RABENSCHLAG, Liange Arrua
(Autora. Enfermeira - UNIFRA. Especialista em Auditoria em Saúde - FACISA/CELER. Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA)

VICARI, Taís
(Autora. Enfermeira - UFSM. Residente do Programa de Residência Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

WEILLER, Teresinha Heck
(Orientadora. Enfermeira - UNIJUÍ. Graduada em Direito - UNIJUÍ. Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública - USP. Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública - USP. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

Descritores: Estratégia Saúde da Família; Consulta de Enfermagem; Educação em Saúde.

Introdução: O Programa de Saúde da Família (PSF) foi apresentado pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, como uma alternativa de reorientação do modelo tecnoassistencial, propondo uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações em saúde a partir da Atenção Básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca substituir o modelo tradicional - médico hegemônico - por um modelo centrado nas necessidades do usuário/comunidade. Dessa forma, tem o desafio de operar na lógica da intersetorialidade, onde as ações em saúde são construídas de forma coletiva com todos os atores envolvidos, estabelecendo um sistema de referência e contra-referência que garanta a resolubilidade e qualidade da assistência ao usuário, orientada por ações de atenção preventiva, curativa, reabilitadora, de promoção e educação em saúde. Nesse contexto, insere-se a consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro, que utiliza componentes do método científico e deve ser obrigatoriamente desenvolvida na assistência de enfermagem em qualquer instituição de saúde, pública ou privada (COFEN, 1993). Este modelo de trabalho apresenta como premissa básica a assistência de enfermagem integral, individualizada, continuada, documentada e avaliada. Tal enfoque holístico ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença, produzindo resolutividade e qualidade assistencial, re-desenhando o papel do enfermeiro, gerando visibilidade no seu atuar. A consulta de enfermagem requer mudanças nas práticas gerenciais, assistenciais e educativas do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos, pois se diferencia dentre as várias maneiras de cuidar, possibilitando a aproximação e o estabelecimento de uma relação interpessoal de ajuda concreta diante das variáveis culturais (VANZIN e NERY, 2000). O enfermeiro ao estabelecer uma relação social com o usuário deve ultrapassar a superficialidade de um atendimento, promover acolhimento em relação ao que é falado pelo usuário, para facilitar a compreensão ampliada de sua história de vida. **Objetivos**: Refletir sobre as atividades realizadas nas consultas de enfermagem em

Estratégia Saúde da Família. Com isso, pretende-se realizar o aprofundamento da discussão e o embasamento teórico sobre a sua importância e que isso possa ser refletido durante a realização das mesmas. **Metodologia:** Para a realização da reflexão teórica realizou-se uma busca de bibliografias em diferentes bases de dados, dos quais foram escolhidos alguns para embasar teoricamente este estudo, ou seja, a literatura pertinente à temática. **Resultados:** A consulta de enfermagem é um instrumento de grande importância para a assistência ao usuário e constitui-se em uma das formas de abordagem da educação em saúde. Trata-se de uma atividade que pode ser executada pelo enfermeiro, estando assegurada pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem n° 7.498 de 26 de junho de 1986 e regulamentada pelo Decreto n° 94.406/87, de acordo com o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Tal atividade tem por objetivo orientar o usuário considerando-o seu contexto sócio-econômico e cultural, visando à prevenção de doenças e a promoção da saúde, bem como despertar a consciência crítica a respeito dos determinantes de sua vida/saúde. É uma relação de ajuda e uma situação de aprendizagem entre usuário e enfermeiro, em busca da resolutividade de problemas identificados. É a atenção prestada ao usuário, família e à comunidade de modo sistemático e continuo com a finalidade auxiliar no diagnóstico e tratamento precoce (VANZIN e NERY, 2000). Desta forma, a consulta de enfermagem compreende uma série de ações validadas numa seqüência ordenada, desde a recepção do usuário até a avaliação geral de todo o atendimento prestado. Nesse contexto, o enfermeiro, ao realizar a consulta de enfermagem, deve aceitar o usuário com seus valores, suas crenças, seu estilo de vida e como sujeito das ações de enfermagem numa perspectiva humanística, baseada no conhecimento científico, enfatizando o pensamento crítico e a promoção de saúde (VANZIN e NERY, 2000). Nesse sentido, é sumamente importante que o enfermeiro desenvolva a consciência crítica do usuário, instrumentalizando-o para que possa tomar as decisões a respeito das questões relacionadas à sua saúde, podendo assim melhorar a sua qualidade de vida e seu relacionamento no meio familiar e social. **Considerações finais:** Sabe-se que somente o atendimento voltado para o planejamento das ações de educação em saúde trará resultados mais efetivos no que se refere à adesão do usuário ao tratamento. A adoção da educação em saúde, partindo da situação problema, pode levar à superação, à mudança e à transformação da realidade em uma situação diferente e desejada. Pode-se afirmar que por meio destas iniciativas, a enfermagem se encontra traçando um caminho onde o diferencial está presente no distanciamento daquele atuar em um processo rigidamente estruturado e previsível, cuja singularidade se apresentava como cumpridora de rituais. Hoje em dia trabalhar a complexidade existente na individualidade, tanto do sujeito produtor da ação como no objeto da ação, têm sido a meta proposta na universalidade deste caminhar.

Referências

BRASIL. **Resolução COFEN – 150, de 1993.** Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, 1993.

_____Decreto nº. 94.406/87. Disponível em http://www.lei.adv.br/94406-87.htm. Acesso em 15 de out. de 2008.

_____Lei do Exercício Profissional. Disponível em http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22&sectionID=35. Acesso em 15 de out. de 2008.

_____ Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

VANZIN, Arlete S.; NERY, Maria E. da S. **Consulta de enfermagem:** uma necessidade social. 2 ed. Porto Alegre: Rn e L, 2000.

35 DESAFIOS DA HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR

MEDONÇA Edith Beltrão
(Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Campus Santiago. comercialdebaterias@hotmail.com)

SANTOS Adriana Felten
(Acadêmica do IX semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Campus Santiago)

SAGRILO Bruna Urack
(Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Oncologia pela Associação Hospitalar Moinhos de Vento.)

DORNELLES Carla da Silveira
(Enfermeira do SEM-HCPA. Docente do Curso de Enfermagem da URI Campus Santiago)

Descritores: Humanização hospitalar; Equipe de enfermagem; Cuidado ao paciente

Introdução Segundo o Ministério da Saúde (MS), a humanização contempla a valorização dos indivíduos que estão interligados no processo de desenvolvimento da saúde, estes incluem os usuários, profissionais e gestores do serviço (BRASIL, 2004). Nesse sentido o usuário quando procura pelo serviço de saúde necessita ser recebido, assistido e acolhido, sendo responsabilidade dos profissionais da instituição realizar essa assistência de acordo com a Politica Nacional de Humanização (PNH). Porém muitas vezes os novos avanços tecnológicos acabam tornando um cuidado mecanicista, focado somente na doença, dessa forma o paciente passa a ser tratado como um objeto, desconsiderando seus sentimentos, suas crenças e seus valores. Sendo assim, é necessário que os colaboradores da área da saúde sejam qualificados e valorizados para que desenvolvam um atendimento humanizado no ambiente hospitalar. Sobre isso, Subutzk e Canete (2004, p. 30) relatam que é função dos gestores e lideres dos serviços valorizar e reconhecer os trabalhadores como seres que necessitam de cuidados e promover ações fundamentadas na “ética, respeito, reconhecimento mútuo, solidariedade e responsabilidade”. Essas ações elevam o grau de satisfação dos mesmos, refletindo na melhoria da assistência, ao fato de que o inverso acaba gerando uma redução nessa qualidade, deixando insatisfeito também o paciente. **Objetivos:** Neste contexto, esse relato de experiência, desenvolvido pelas acadêmicas de enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santiago objetiva relatar as práticas estruturadas na PNH vivenciadas na disciplina de Estágio Supervisionado II, desenvolvida na Unidade de Clínica Cirúrgica e no Pronto Socorro (PS) do Hospital de Caridade de Santiago(HCS). Neste período, tivemos tentativas de sensibilização acerca da humanização do cuidado, porém percebemos a dificuldade da implementação desta em ambiente hospitalar com a equipe de enfermagem. Dessa forma, nos sentimos motivadas a desenvolver um trabalho na perspectiva da humanização, com a equipe e os usuários do serviço, onde foi possível verificar a eficácia desse atendimento. **Metodologia:** No decorrer do Estagio Supervisionado II, foi desenvolvido um atendimento com ênfase na humanização com os pacientes atendidos na emergência e aqueles submetidos a cirurgias. Inicialmente, realizamos a abordagem e acolhimento destes no PS. O acolhimento deve estar presente em todas as situações de atendimento, em todo o

processo de saúde dos indivíduos, "pressupõe atender a todos, ouvindo seus pedidos e assumindo uma postura capaz de dar respostas mais adequadas aos usuários, utilizando os recursos disponíveis para a resolução de problemas" (MARQUES; LIMA, 2007, p.02). De tal modo, realizávamos a recepção, triagem, acompanhamento na consulta médica, aplicação das medicações prescritas, acompanhamento na sala de observação. Neste momento foi oportunizado o contato próximo do paciente e seus familiares, onde era realizado diálogo, esclarecendo suas dúvidas e escutando seus anseios, pois algumas vezes esses necessitavam de escuta atenta de suas angustias, desenvolvendo assim, a competência do enfermeiro que é a comunicação. Além disso, realizavam-se orientações acerca dos cuidados necessários no domicílio após a alta, para que evitássemos re-internações. Sempre considerando a questão de gênero, cultura, situação econômica e religiosa do paciente e seus familiares. Já na unidade de clínica cirúrgica acolhíamos o paciente no momento da internação, de acordo com a Política Nacional de Humanização e Assistência Hospitalar (PNHAH), e eram realizadas as etapas do processo de enfermagem, identificando as principais necessidades de saúde do paciente, para então direcionarmos a assistência humanizada. No decorrer dos cuidados, procurou-se organizar o ambiente, deixando-o mais apropriado e tranquilo, para diminuir a ansiedade do paciente por estar em uma situação atípica de seu dia-a-dia. Considera-se que ambiência é um ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. Nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, etc. Muito importante na ambiência é o componente afetivo expresso na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores. Devem-se destacar também os componentes culturais e regionais que determinam os valores do ambiente. [...PNH, Ministério da Saúde, Textos Básicos...],(2006). O fato de saber que passará por um procedimento cirúrgico na maioria das vezes o deixa angustiado, queixoso e cheio de dúvidas sobre a intervenção que o mesmo se submeterá, assim é preciso que a equipe de enfermagem esteja preparada e qualificada, tendo tempo hábil para escutá-lo e esclarecer seus questionamentos, através de uma linguagem clara e de fácil entendimento. Ao retornar do centro cirúrgico, o paciente é recepcionado de forma acolhedora, explicando quais as ações que deverão ser realizadas para que sua recuperação seja eficaz evitando complicações futuras e reintervenções no paciente em ambiente hospitalar. Quando ocorre o retorno do paciente, a equipe se sente frustrada, pois em algum momento teve falha, tanto no cuidado como nas orientações dadas. **Considerações finais:** Após o desenvolvimento de nossas atividades, percebemos que o cuidado humanizado influencia em resultados positivos no que se refere a assistência hospitalar. Criamos um vínculo de confiança com os pacientes e nos tornamos referência no serviço, demonstrando que uma visão mais abrangente da saúde e de seu contexto tem uma maior resolutividade na assistência, diminuindo as complicações, tanto da patologia quanto do emocional do indivíduo. Nesse sentido, "humanizar é tornar humano [...] humanizar-se é também a capacidade de ser frágil, poder chorar, sentir o outro, ser vulnerável e, ao mesmo tempo, ter vigor, lutar, resistir, poder traçar caminhos" (BOFF apud SILVA, 2001, p.01). Com isso, obtivemos sucesso da nossa prática assistencial com os pacientes, porém percebemos a resistência da equipe de enfermagem da instituição em desenvolver um cuidado humanizado. Esta situação ocorre devido à carência de profissionais nas unidades, dificultando ações como a escuta, e infelizmente preconizam atividades que tratam somente a patologia e não o ser humano como um todo. E devido a resistência de alguns profissionais, por estarem desmotivados na profissão, acostumados com a atendimento mecanicista acreditando que essa forma de assistência é eficaz, não produzem mudança. Portanto, torna-se relevante trabalhar a humanização desde a formação dos profissionais da saúde, para que

ao desenvolverem suas atividades laborais, estejam preparados para implementar a humanização em seu cuidado. Além disso, também é importante que as instituições desenvolvam trabalhos de educação permanente e motivacionais para que a equipe de saúde se comprometa com o atendimento de qualidade, onde consigam colher resultados positivos. Para que a humanização se torne concreta nos serviços, o gerenciamento realizado pelo enfermeiro tem uma grande importância, pois auxilia no direcionamento das ações de enfermagem, organizando o setor e oportunizando maior qualidade de trabalho aos profissionais, ficando esses com grande motivação para desempenhar sua função da melhor maneira possível.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf> Acesso em: 15 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS, 2006. <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha ambiencia_doc_base.pdf> Acesso em: 02 fev. 2011.

MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a03.pdf> Acesso em: 29 nov. 2010.

SILVA, Maria Julia Paes da. Humanização em UTI. In: CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDI, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SUBUTZKI, Jacinta; CANETE, Mauro César. Cuidando do Cuidador. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim da Saúde**. 2004. Disponível em: <http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/files/Boletim_da_Saude_Vol18_No2-2004_-_Humanizacao_-_Parte_1.pdf> Acesso em: 05 abr. 2011.

36 IDENTIDADE PROFISSIONAL PERCEBIDA POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: DA ATUAÇÃO AO RECONHECIMENTO E VALORIZAÇÃO

SILVA, Clarissa Bohrer da
(Acadêmica do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. E-mail: clabohrer@gmail.com)

BECK, Carmem Lúcia Colomé
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Vice-líder do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.)

MACHADO, Cynthia Helena Ferreira
(Acadêmica do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. Bolsista Pibic 2010/2011.)

SILVA, Rosângela Marion da
(Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem – DINTER Novas Fronteiras EEAN-UNIFESP-UFSM. Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Rio Grande do Sul, Brasil.)

PROCHNOW, Andrea
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Rio Grande do Sul, Brasil.)

TAVARES, Juliana Petri
(Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM.)

Descritores: Estudantes de Enfermagem; Enfermagem; Competência profissional;

Introdução: Ao ingressar no curso de Enfermagem, o acadêmico possui uma noção idealizada do que é ser enfermeiro, a qual pode ser atribuída à identificação realizada por parte da sociedade sobre esse profissional pelo trabalho realizado.[1] A experiência do acadêmico de enfermagem é um processo de socialização que contribui de forma expressiva para a produção da identidade profissional que não é finalizada durante o curso, mas que se prolonga ao longo da sua vida profissional. O objetivo deste estudo é apresentar as percepções acerca da identidade profissional dos acadêmicos de enfermagem de uma Universidade do sul do Brasil, no intuito de fornecer subsídios para a formação profissional, com vistas à valorização da profissão e a consolidação desta identidade. **Metodologia:** O presente estudo se caracteriza como uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva e percorre a trajetória metodológica da pesquisa qualitativa. Foi desenvolvida em uma Universidade Federal do sul do Brasil, com acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem. Os critérios de inclusão do estudo foram o acadêmico estar matriculado regularmente no Curso de Enfermagem da referida Universidade e estar em sala de aula no momento da aplicação do questionário. A técnica de coleta dos dados utilizada foi um questionário auto-aplicável com questões abertas referentes ao estudo. Os questionários foram entregues e preenchidos individualmente, no período de março a maio de 2009, em horário escolar, mediante autorização do professor que estava em sala de aula ministrando sua disciplina. Também foram esclarecidos os objetivos do estudo e realizada a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a análise dos dados utilizou-se a técnica da análise temática. Após a leitura exaustiva do material,

foram identificados eixos temáticos em que foram agrupados dados que se repetiam e/ou possuíam semelhança semântica nos diferentes fragmentos. Posteriormente, foi realizada a categorização dos elementos constitutivos destacando-se que, no decorrer da análise, foi identificada a repetição e homogeneidade dos dados. Este estudo obedeceu aos preceitos da ética, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional em Saúde que normatiza a pesquisa com seres humanos[2]. **Resultados e Discussão:** Por meio deste estudo foram construídos dois eixos temáticos. No eixo **Identidade profissional do enfermeiro percebida pelo acadêmico de enfermagem** emergiram as seguintes categorias: atuação abrangente e enfermeiro como responsável pelo gerenciamento do cuidado. Na categoria *atuação abrangente***,** os acadêmicos expressaram que o enfermeiro realiza suas atividades em diferentes cenários, com competências específicas em diferentes áreas, seja no ensino, na pesquisa ou no gerenciamento do cuidado em hospitais e unidades básicas de saúde, entre outros. Além de discorrem sobre o fato de a enfermagem possuir uma atuação abrangente, os acadêmicos evidenciaram a consonância entre as Diretrizes Nacionais Curriculares e a atuação do enfermeiro, o que parece ser um importante passo para a consolidação da identidade profissional da enfermagem. Na categoria *enfermeiro como responsável pelo gerenciamento do cuidado* os acadêmicos que estão mais próximos do final da graduação, por estarem mais inseridos na prática, percebem a atuação gerencial do enfermeiro e seus diferentes papéis. Deve-se considerar que na grade curricular da graduação estudada, as disciplinas relacionadas à administração dos serviços de saúde são ministradas no 6° e 7° semestres, o que possibilita ao acadêmico ampliar sua visão sobre o papel do enfermeiro. A percepção do acadêmico de enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro é refletida pelo sentimento de reconhecimento do papel do enfermeiro como sendo o profissional que, mesmo atuando interdisciplinarmente e em diferentes cenários, é o gerente do cuidado. O gerenciamento do cuidado é realizado pelo enfermeiro quando ele planeja, delega ou faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ou seja, em todas as atividades realizadas para que se concretize melhorias no cuidado.[3] No Eixo **trabalho do enfermeiro: entre o reconhecimento e a valorização,** os acadêmicos referiram porque acreditam que o trabalho do enfermeiro deve ser reconhecido e valorizado. Assim, emergiram três categorias. A primeira categoria o *trabalho deve ser valorizado como qualquer outro,* os acadêmicos referiram que ao escolher uma profissão, almeja-se satisfação pessoal, reconhecimento e valorização e isso se estende a todas as profissões. Pesquisa **c**onstatou que a falta de valorização no trabalho da enfermagem e a ausência de delimitação do papel entre os elementos da equipe são fatores que comprometem o desenvolvimento das atividades dos enfermeiros, o que repercute na insatisfação e pressões da instituição sobre os enfermeiros. [4] Sabe-se que os enfermeiros sofrem as conseqüências de posicionamentos preconceituosos historicamente construídos, o que pode repercutir negativamente, tanto no reconhecimento social quanto na identidade profissional. Na categoria o *trabalho que extravasa os limites da técnica e do conhecimento,* os acadêmicos expressaram que o envolvimento com o paciente e sua história de vida ultrapassa os conhecimentos específicos da área e faz perceber as questões subjetivas inerentes desse contato. Percebe-se, portanto, que essa interação já vem sido construída desde a formação acadêmica. Por último, a categoria *enfermeiro como um profissional indispensável na área da saúde,* os acadêmicos mencionaram que é este o profissional que acompanha o paciente diariamente, organiza os serviços de saúde, estimula o empoderamento da população, identifica as necessidades dos usuários/pacientes e participa das ações que visam à recuperação, prevenção e promoção da saúde das pessoas. Dessa forma, o trabalho do enfermeiro é composto por múltiplas atividades que convergem para uma finalidade maior que é a qualidade da assistência prestada ao paciente.[1] Assim, o acadêmico de enfermagem enfrenta o impacto que ocorre na transição da academia para a atividade profissional. Esse fato poderia ser minimizado se no decorrer da

formação, os acadêmicos participarem ativamente de atividades e debaterem sobre questões sócio-políticas, o que propiciaria o desenvolvimento do pensamento crítico, participativo e transversal das diversas áreas do saber. Desta forma, o futuro profissional já estaria desperto para uma postura crítica sobre o contexto da enfermagem no mundo e do mundo da enfermagem.[6] **Considerações Finais:** O presente estudo possibilitou identificar as percepções dos acadêmicos de enfermagem de uma Universidade do interior do Rio Grande do Sul, sobre a identidade profissional do enfermeiro, bem como compreender porque acreditam que trabalho do enfermeiro deva ser reconhecido e valorizado. No que tange a identidade profissional do enfermeiro, os acadêmicos expressaram que o enfermeiro atua em diferentes cenários, com competências específicas, a fim de articular os processos que envolvem a assistência e a torna efetiva por meio do gerenciamento do cuidado. Acredita-se que o conhecimento sobre a percepção dos acadêmicos de enfermagem acerca da identidade profissional dos enfermeiros possa fornecer subsídios para a formação e atuação profissional com vistas à valorização da profissão e consolidação dessa identidade. Acredita-se que os resultados desta investigação, ainda que não permitam generalizações por se tratar de uma realidade específica, trouxeram informações importantes sobre os acadêmicos de enfermagem que podem auxiliar o processo de ensino-aprendizagem estabelecido ao longo da formação acadêmica.

Referências

1- Rosa RB, Lima MADS. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre o que é ser enfermeiro. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2):125-30.

2-Conselho Nacional de Saúde (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução N° 196/96, de outubro de 1996. Brasília. 1996.

3- Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005 Dez; 39(4): 460-468.

4- Costa RA, Shimizu HR. Estudo das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de um hospital–escola. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(3): 418-26.

5- Pai DD, Schrank G, Pedro ENR. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. Acta Paul Enferm. 2006; 19(1): 82-7.

37 O MÉTODO CANGURU E O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

OLIVEIRA, Cristine Ruviaro de
(Enfermeira da UTI Neo do HUSM. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail:crisruviaro@yahoo.com.br)

SILVEIRA, Andressa da
(Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Bolsista Reuni, Rio Grande do Sul – RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS. E-mail: andressadasilveira@gmail.com)

ARRUÉ, Andrea Moreira
(Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Rio Grande do Sul – RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS. E-mail: andrea.mor@hotmail.com)

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfermeira Pediatra. Doutora em Enfermagem; Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/CCS/ da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS. E-mail: elianeves03@gmail.com)

Descritores: Enfermagem; Humanização da Assistência; Recém nascido de baixo peso; Terapia Intensiva Neonatal.

Introdução: O cuidado humanizado e integral em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal envolve uma interação entre a equipe profissional, o recém nascido e mãe/pai do mesmo, de modo a proporcionar o crescimento, desenvolvimento e recuperação do neonato de forma satisfatória, reduzindo assim o tempo de internação. Neste sentido por meio do Método Canguru é possível estimular o vinculo entre mãe, pai e bebê, bem como com a equipe que assiste o recém nascido e sua família. Essa relação possibilita minimizar os efeitos nocivos acarretados pela hospitalização, permitindo que os pais atuem ativamente no processo de atenção e cuidado ao recém nascido, além de contribuir para uma boa qualidade de sobrevida do bebê. Uma maneira de desempenhar a assistência humanizada em UTIN é interagir constantemente com os pais do recém nascido baseando-se no desenvolvimento do Método Mãe Canguru que fundamenta-se no contato pele a pele do bebê com a mãe e/ou pai, ocorrendo troca de calor, amor e incentivando o aleitamento materno. Este Método surgiu na Colombia em Bogotá no ano de 1978 pelos médicos neonatologistas Edgar Sanabria e Héctor Martinez Goméz, devido excesso de RNs prematuros e superlotação, atrelada a elevada taxa de morbimortalidade. A taxa de mortalidade infantil apresenta no Brasil uma tendência ao descenso nos últimos anos, em contrapartida, ainda permanecem elevados os índices de mortalidade infantil por causas evitáveis. Em 2004 foi implementada a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão da Saúde pelo Ministério da Saúde[(1)], a qual busca a troca de saberes entre equipe, pacientes e familiares, de modo a considerar as necessidades sociais, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo de saúde. O Método Canguru permitiu condições favoráveis ao desenvolvimento psicoafetivo do bebê, tendo o apoio do fundo das nações unidas (UNICEF), que divulgou os resultados no que diz respeito à redução da mortalidade e benefícios psicológicos ao recém nascido prematuro e de baixo peso, através de seu baixo custo[(2)]. A Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), enquanto um local de cuidado a recém-nascidos dependentes de tecnologia e cuidados especiais, representa

uma área que exige grande conhecimento científico e habilidade técnica dos profissionais de saúde, entre eles a equipe de enfermagem. A prematuridade e o baixo peso ao nascer representam um alto percentual de morbimortalidade neonatal. Os avanços técnico-científicos no campo da neonatologia têm possibilitado maior sobrevida desses recém-nascidos por meio de ações como, por exemplo, a aplicabilidade do Método Canguru. Pesquisas evidenciam um aumento significativo na duração do aleitamento materno exclusivo por recém-nascidos que receberam assistência pelo Método Canguru[3]. Ainda, a amamentação exclusiva por leite materno reduz os índices de mortalidade infantil ocasionadas por doenças comuns da infância, como diarreia e doenças respiratórias agudas, além de auxiliar na recuperação de enfermidades[4]. Estudos evidenciam que, comparado aos cuidados tradicionais, o uso do Método Canguru reduz o tempo de permanência do recém nascido de baixo peso na UTIN, contribuindo assim para o restabelecimento da relação mãe/pai/bebê, redução do risco de infecção hospitalar e acarretando em menores custos[5]. DESCREVENDO A UNIDADE, EQUIPE E FAMÍLIA: As práticas desenvolvidas durante o Estágio Supervisionado em Enfermagem ocorreram na UTIN de um hospital escola de referência no sul do Brasil, o qual recebe uma média de 30 crianças mensalmente, totalizando cerca de 350 internações ao ano [6]. A UTIN possui 21 leitos, dez leitos para pacientes graves, um isolamento com três leitos e uma sala de cuidados intermediários com oito leitos disponíveis, não sendo incomum a superlotação. A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem distribuídos nos três turnos de trabalho. Os pais dos recém-nascidos internados na UTIN possuem acesso livre na Unidade, sendo incentivados a permanecerem em contato direto com o bebê, exceto em situações de emergência ou execução de procedimentos. O estágio foi desenvolvido no decorrer do oitavo semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, como disciplina curricular da graduação, no período de agosto a novembro de 2010. APLICABILIDADE E ADESÃO AO MÉTODO CANGURU: A aplicação do Método Canguru na UTIN seguiu a Norma de Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso, com ênfase no atendimento humanizado. Com isso, no momento da visita ao recém nascido internado na sala de cuidados intermediários da UTIN, a mãe e o pai da criança eram orientados sobre o cuidado, ressaltando as vantagens do mesmo. O contato era realizado a partir da colocação da criança em posição canguru, ou seja, em decúbito prono vertical, sendo mantido sobre o peito de sua mãe/pai e sustentado por uma faixa (bolsa canguru) amarrada ao redor do tórax da mesma. Para a realização do método, foram preconizados alguns critérios, tais como: a certeza da mãe/pai querer participar deste tipo de assistência e a capacidade de reconhecer as situações de risco do recém-nascido (mudança de coloração da pele, pausas respiratórias, regurgitações). Quanto às condições da criança, elegeu-se como passível para a prática do método canguru aquela que se encontrava em estabilidade clínica, nutrição enteral plena (seio materno, sonda gástrica, mamadeira), peso mínimo de 1.250 gramas e ganho de peso diário maior que 15 gramas[4]. Assim, a partir do interesse da mãe/pai em aderir ao Método Canguru, este contato era realizado pelo tempo que ambos, mãe-pai-bebê, achassem agradável, seguro e prazeroso. O contato e a posição canguru favorecem o aleitamento pela facilidade do neonato em buscar o seio materno, permitindo a inserção da família na recuperação da criança[4]. Como consequência, buscou-se aumentar o vínculo entre mãe/pai/recém-nascido, estimular o aleitamento materno e a segurança dos pais no manuseio do recém-nascido de baixo peso, bem como aproximar a equipe da família. Por meio desta prática, entende-se que a participação familiar e a interação da equipe tornam-se essenciais para o sucesso do Método Canguru, pois oportuniza troca de saberes e experiências. No decorrer da prática, percebeu-se o interesse da equipe de enfermagem na aplicabilidade do Método Canguru, sua sensibilização e responsabilização sobre a importância desse cuidado. Além disso, os pais dos neonatos mostraram-se satisfatórios com a realização do Método, observando-se assim maior interação dos mesmos com

a equipe bem como a habilidade para o cuidar da criança. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES SOBRE A EXPERIÊNCIA: Acredita-se que a prática de cuidado humanizado em UTIN pode ser realizada por meio da aplicação do Método Canguru, o qual favorece a criação de vínculo entre o neonato e sua família. Além disso, incentiva o aleitamento materno exclusivo e maior interação entre a equipe com os pais dos neonatos internados. Durante o estágio, procurou-se manter contato com os pais das crianças internadas, de modo a esclarecer suas dúvidas, informar as rotinas da Unidade, incentivar a presença e a participação no cuidado, aumentando a segurança dos pais como cuidadores. Foram observadas lacunas e dificuldades para adesão e aplicabilidade do Método Canguru no local de prática, como a ausência de um espaço físico apropriado para a realização do Método, o escasso quadro de funcionários e, em muitos casos, a superlotação da unidade. Ressalta-se que, apesar das dificuldades, a equipe de enfermagem demonstrou responsabilização e participação para o cuidado Canguru. A partir da aplicação e adesão ao Método, observou-se maior interação entre a equipe e os familiares dos recém-nascidos internados na UTIN. Recomenda-se o comprometimento profissional e a adesão dos pais ao Método Canguru, de forma a propiciar a criação de vínculo entre mãe/pai/recém-nascido/equipe, estimulando a troca de saberes e participação no cuidado para melhor recuperação do neonato. Desse modo, as atividades desenvolvidas possibilitaram adquirir e aprimorar os conhecimentos específicos da área, propiciando assim um melhor preparo de atuação profissional na Saúde da Criança. **Considerações finais**: O Método MMC tem como perspectiva uma mudança de atitude por parte da equipe e família no cuidado do RN de baixo peso, a fim de proporcionar uma atenção humanizada. Cabe a enfermagem desenvolver estratégias no sentido de valorizar o apego materno/paterno como peça chave no sucesso do método. Por ser simples e de baixo custo deve ser ampliado a vários hospitais de diversas realidades, aumentando significativamente a qualidade de vida destes RNs. Enfatiza-se que é fundamental a implantação de uma prática comprometida com a singularidade de cada família. Entretanto as bases científicas e filosóficas que regem a conduta profissional devem ser respeitadas e embasadas na ética e no respeito pela dignidade de cada indivíduo.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.

2. Eleutério, FRR. et al. O imaginário das mães sobre a vivência no método mãe canguru. Revista Ciência Cuidado e Saúde, v.7, n.4, p. 439-446, out-dez, 2008.

3. Gontijo TL, Meireles AL, Malta DC, Proietti FA, Xavier CC. Avaliação da implementação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso: método canguru. J Pediatr. 2010; 86(1):33-39.

4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. Manual do Curso: Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru. Brasília (DF); 2002.

5. Andrade ISN, Guedes ZCF. Sucção do recém-nascido prematuro: comparação do método mãe-canguru com os cuidados tradicionais. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005; 5(1):61-69.

6. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso (Método Mãe Canguru): percepções de puérperas. Rev Gaúcha Enferm. 2010; 31(1):48-54.

38 PERCEPÇÕES DAS ENFERMEIRAS AO ATENDEREM ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM AMBULATÓRIO DE ADESÃO

GRACIOLI, Jocelaine Cardoso
(Enfermeira Área Ambulatorial - Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: jocegraci@yahoo.com.br)

HOFFMANN, Izabel Cristina
(Enfermeira Área Ambulatorial - Hospital Universitário de Santa Maria, Doutoranda em Enfermagem – UNIFESP/EEAN/UFSM)

Descritores: HIV; AIDS; Adolescente; Ambulatório hospitalar; Enfermagem.

Introdução: Com o advento dos antiretrovirais no tratamento da AIDS observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes, proporcionou melhorias nos indicadores de saúde, reduzindo assim à ocorrência de infecções e consequentemente as internações hospitalares e a redução da mortalidade. No entanto, ainda existem muitas barreiras a serem ultrapassadas, sendo que a adesão ao tratamento com antiretrovirais é uma das mais complexas, principalmente quando a clientela consiste em adolescentes. O Ministério da Saúde (MS), adota o seguinte conceito: "adesão, significa o grau de importância que as pessoas dão aos cuidados com sua própria saúde, indo além do cumprimento da prescrição o mais próximo possível do ideal"(1). O trabalho em adesão deve ser entendido como uma parceria estabelecida entre a equipe interdisciplinar e o usuário, família e rede de apoio na perspectiva de corresponsabilidade, buscando estratégias para o enfrentamento das dificuldades e garantia de qualidade de vida. Foi anunciado pelo MS que, "os relatos das pessoas vivendo com HIV/aids sobre o assunto revelam que adesão significa "luta pela vida". A adesão é um processo multideterminado que necessita de abordagem interdisciplinar"(2). Sendo assim as instituições de saúde precisam compor suas equipes profissionais que possam amparar o paciente/familiar nos aspectos clínicos, sociais e psicológicos. É considerando a complexidade dessa realidade, que justifica-se serem necessárias reflexões a partir de nossas percepções a cerca dos cuidados prestados e pela implantação da consulta de enfermagem em 2011, junto ao ambulatório de infectologia pediátrica, entre outras ações desenvolvidas em especial com os adolescentes portadores do HIV/aids em hospital-escola no interior do RS. **Objetivo:** Este relato tem por finalidade apresentar algumas reflexões sobre o adolescente vivendo com HIV/aids, os principais fatores contribuintes para má adesão e as estratégias que podem ser utilizadas para melhorar a adesão desta clientela ao uso dos antiretrovirais. **Metodologia:** Tal reflexão está pautada nas experiências das consultas de enfermagem no atendimento aos adolescentes que convivem com HIV/aids em ambulatório de adesão, bem como nas leituras atualizadas em periódicos, manuais ministeriais que norteiam a prática. No ambulatório de adesão, existem várias ações organizadas nas terças e quintas-feiras, como agendamento prévio de consultas médicas, de enfermagem, farmacêutica e/ou, conforme necessidade singular dos pacientes, esses são encaminhados aos demais profissionais em parceria com a residência multiprofissional (psicologia, nutrição, serviço social...). Concomitante, acontecem ações lúdicas (Cantinho Mágico _ sala de recreação) e grupal com familiares/cuidadores das crianças/adolescentes portadoras de HIV/aids (Anjos da Guarda), realizadas por projetos assistenciais e extensão no Hospital Universitário. **Resultados:** Em consonância com o MS, "existe um despreparo dos serviços de saúde para o trabalho com adolescentes, para atenção as peculiaridades e complexidade das suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas" (2). A adolescência é caracterizada por uma avalanche de questionamentos que o adolescente faz sobre si mesmo, as coisas e o mundo. Atrelado

a isto ocorrem muitas mudanças físicas, psicológicas e sociais. Autores relatam que a adolescência é vista como uma fase de turbulência, as descobertas a tomada de decisões e conflitos internos em busca de identidade e maturidade, que tendem a agravar quando uma doença crônica com características associadas a ela (3) Esses mesmos autores, acreditam que "viver com uma condição crônica é difícil em qualquer fase da vida, especialmente quando se considera o HIV/ Sida, uma doença estigmatizada, que provoca muita discriminação"isso pode se tornar um fator agravante quando ocorre nessa fase da vida (3). É consenso entre os autores consultados, que esquemas complexos de medicamentos, efeitos colaterais dos antiretrovirais, as dificuldades de compreensão, sobre a doença e o tratamento, a falta de uma estrutura familiar sólida, a falta de suporte social e familiar, a não aceitação da condição sorológica e a própria ausência de vinculo entre os pacientes e a equipe são condições que prejudicam e compromete a adesão a terapia.Tais autores relatam que os adolescentes possuem limitações em aderir a terapêutica, especialmente devido aos seus efeitos colaterais, por outro lado tentam normalizar a vida (3). Por isso, o MS, defende que ao trabalharmos com adolescentes é necessário criar estratégias em consonância com o interesse dos mesmos e a complexidade de suas demandas, no entanto, não podemos desconsiderar que os cuidadores possuem papel fundamental, pois são eles que devem conduzir para que ocorra adesão, principalmente em situações que o adolescente não tenha clareza do seu diagnóstico (2). Muitas vezes os cuidadores possuem dificuldades em articular uma adesão satisfatória, como exemplo pode-se citar: o não comparecimento nas consultas, regimes alimentares inadequados, retiradas irregulares de medicamentos na farmácia especializada. A própria resistência que possuem em revelar o diagnóstico devido ao julgar que o adolescente não possui maturidade suficiente, que irá se revoltar, causará sofrimento, dentre outras questões relevantes. Pois, a revelação do diagnóstico é um processo bastante difícil, principalmente quando a transmissão da doença ocorreu de forma vertical, que traz muito sentimento de culpa por parte dos genitores, no entanto, menciona que "os adolescentes precisam conhecer sua sorologia e ser totalmente informados sobre os diferentes aspectos e implicações da infecção para poderem participar do seu tratamento de forma adequada" (2). A manifestação do diagnóstico ao adolescente é sem dúvida importante, para que ele possa entender porque se faz necessário tomar remédios, fazer exames, freqüentar os serviços de saúde regularmente, praticar sexo de forma segura, entre outros. Condições essas que serão para a vida toda, por se tratar de uma doença crônica. O medo do preconceito e da discriminação tendem a levar as pessoas com HIV/AIDS para adiar a divulgação do seu diagnóstico, e essa decisão afeta o acesso aos cuidados de saúde e, afetivo, social, educacional da vida sexual (4). Inserir o adolescente como ator no seu tratamento, confiar na sua capacidade de cuidar de si próprio é o início para obter uma relação de confiança e estabelecer vínculo entre o usuário do serviço, os profissionais de saúde e a rede de apoiadores (1). Entendemos que durante os atendimentos aconteçam momentos exclusivos com os adolescentes para que possam ser abordados temas de interesse dos mesmos, como: sexualidade, práticas segura de sexo, uso de drogas, medos, incertezas, entre outras. A orientação do MS, é para que todos os adolescentes além de conhecerem sua condição de saúde; tenham noções sobre carga viral, CD4, resistência do vírus as medicações, como ele age no organismo e os objetivos dos esquemas terapêuticos (1). Porém, faz-se necessário que a equipe de saúde, tenha o processo de escuta e transmita as informações de maneira clara e aos poucos para que possam ser mais bem compreendidas pelos adolescentes. A partir de todas essas considerações, foi criado o Ambulatório da Adesão em nosso serviço e procuramos realizar um trabalho multiprofissional, buscando atender o adolescente em sua integralidade. **Conclusão:** Assim, refletimos que trabalhar adesão é um processo contínuo, dinâmico, que ocorre ao longo do acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/aids. Cada contato com a equipe de saúde precisa ser visto como uma oportunidade para avaliar e estimular a adesão, sendo assim há necessidade de

comprometimento por parte de todos os envolvidos. Dessa forma, o trabalho em adesão passa pela compreensão da importância em estabelecer vínculo e parceria entre a equipe interdisciplinar e o adolescente, família e rede de apoio na perspectiva de co-responsabilidade, buscando estratégias para o enfrentamento das dificuldades e garantia de qualidade de vida.

Referências

1 Brasil. Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2 Brasil. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

3 KOURROUSKI, M F C; LIMA, R A G de. Treatment adherence: the experience of adolescents with HIV/AIDS. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo. Acesso em 13/04/2011.

4 Ayres Paiva V, JRMC, França-Junior I, N Gravato,R Lacerda, Negra MD et al. Vulnerabilidade, dos direitos humanos e abrangente de cuidados de saúde às necessidades dos jovens vivendo com HIV/AIDS. Am J Public Health 2006; 96(6): 1001-6.

5 Almeida, M. M. de. A adesão de adolescentes ao tratamento para uso do álcool e outras drogas: um bicho de sete cabeças? [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

39 REAÇÕES ADVERSAS NA QUIMIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA: IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

SILVA, Joselaine Rigue da
(Enfermeira da Clínica Médica I do HUSM. E-mail: joselainerigue@hotmail.com)

TASCHETTO, Eliane
(Enfermeira da Clínica Médica I do HUSM)

PRADELLA, Fernanda de Fátima Ferreira
(Enfermeira da Clínica Médica I do HUSM)

Descritores: Câncer; Enfermagem; Quimioterapia;

Introdução: A quimioterapia antineoplásica é uma importante e promissora maneira de combater o câncer. Consiste no emprego de substâncias químicas, isoladas ou em combinações, com o objetivo de tratar as neoplasias malignas. Bonassa (2005) relata que a administração das drogas químicas pode ser feita por diversas vias, sendo as mais usuais a via oral, a endovenosa, a intramuscular, a subcutânea e a intratecal. A mesma autora ainda informa que a droga atua interferindo diretamente no ciclo celular, bloqueando uma sequência metabólica, e desta forma, impedindo a divisão ou o amadurecimento celular, levando a célula consequentemente à morte. A inespecificidade de ação dessas drogas, ou seja, o fato de atuarem tanto nas células neoplásicas como nas células normais, de rápida divisão, resultam em várias reações adversas. A Organização Mundial de Saúde (OMS), define reação adversa como qualquer efeito prejudicial ou indesejável, não intencional, que aparece após a administração de um medicamento, em doses normalmente utilizadas na profilaxia ou tratamento de enfermidades (WHO, 2002). Entre as reações adversas mais comuns durante o uso da quimioterapia antineoplásica estão as mucosites, náuseas, vômitos, anorexia, fadiga, constipação ou diarréia, distenção abdominal e pancitopenia, causada pela mielossupressão (Bonassa, 2005). No tecido hematopoiético, devido a elevada taxa de proliferação celular e consequente vulnerabilidade, os antineoplásicos podem desencadear a pancitopenia que quando não manipulada adequadamente pode ser fatal ao paciente. A pancitopenia é caracterizada pela redução das hemácias, dos leucócitos (principalmente dos neutrófilos) e das plaquetas. Os sinais e sintomas mais comuns associados a pancitopenia são a anemia, que pode cursar com palidez, fadiga e dispnéia; a trombocitopenia, que se manifesta através de petéquias, hematomas, equimoses e hemorragias e a neutopenia que predispõe aos quadros infecciosos. A presença de febre e neutropenia (contagem de leucócitos < que 1000/mm³), constitui uma emergência oncológica pelo maior risco de infecções sistêmicas e rápida evolução para sepse (GOLDMAN & BENNETT, 2002). O cuidado dos pacientes com este distúrbio hematológico, portanto, é bastante desafiador uma vez que deve priorizar a redução dos riscos das complicações a ele inerentes. Devido a essa condição de vulnerabilidade, orientações e educação para o autocuidado são essenciais para que o paciente e seus significantes possam participar ativamente do tratamento e desenvolver autonomia e responsabilidades para com o mesmo. Além dos distúrbios hematológicos, o paciente pancitopênico, na maioria das vezes, também se encontra fragilizado emocionalmente diante do diagnóstico de sua doença de base, o câncer. Em geral, para muitas pessoas, o câncer ainda é entendido como sinônimo de dor, morte e sofrimento. Manifestações de sentimentos como medo, angústia e incertezas são comuns tanto para o doente, como para aqueles que convivem com a pessoa acometida pela doença. Nesta perspectiva, faz-se necessário uma assistência de enfermagem

integral, especializada e humanizada. Que além de prestar um cuidado seguro, os profissionais envolvidos também sejam fonte de apoio e carinho, e conforme a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH), do Ministério da Saúde de 2003, saibam agregar à competência técnica o olhar sobre a essência do ser, sua singularidade, emoções, crenças e valores. (Brasil / PNH, 2003). Para tanto, requer-se que o profissional enfermeiro assuma o seu compromisso de prestar uma assistência qualificada, promovendo educação em saúde, incentivando confiança e auto-estima e enfatizando a importância da pessoa utilizar suas possibilidades de autocuidado. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada pelos enfermeiros da Clínica Médica I, no cuidado de pacientes com reações adversas secundárias a quimioterapia antineoplásica. **Metodologia:** Frente a necessidade de realizar intervenções, orientações e adotar cuidados que minimizem ou reduzam os riscos de complicações advindas das reações adversas da quimioterapia antineoplásica, os enfermeiros da Clínica Médica I desenvolvem uma assistência sistematizada e ações educativas na referida unidade. A avaliação do paciente pancitopênico é realizada em todos os turnos e criteriosamente busca sinais e sintomas de infecções, registros e comunicação de alterações identificadas, acompanhamento de exames laboratoriais e instituição dos cuidados necessários, rigorosa técnica asséptica em todos os procedimentos, pesquisa de sinais de pequenos sangramentos (petéquias, equimoses, epistaxe, etc) e de sangramentos graves (cefaléia, tontura, alteração visual, motora, disartria, etc), bem como a educação do paciente e familiar para a realização do autocuidado. Para tanto, é utilizada a estratégia de encontros grupais ou individuais com pacientes em tratamento quimioterápico, juntamente com seu familiar. Por ocasião do encontro conhecemos paciente e familiar, informamos sobre as rotinas da unidade de internação, esclarecemos dúvidas, fornecemos orientações para o autocuidado, discutimos as possíveis reações adversas da quimioterapia, além de trabalharmos a motivação e auto-estima do paciente e familiar. Para facilitar a compreensão dos assuntos discutidos no encontro, fornecemos um folder que aborda o que é quimioterapia, quais as reações adversas mais comuns e as recomendações para amenizá-las ou preveni-las, além de orientações diversas para os cuidados tanto durante o período de internação como no domicílio. A Clínica Médica I está localizada no 4º andar do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e interna pacientes adultos provenientes de diferentes municípios da região de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, para a realização de tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia ou ainda para elucidar diagnóstico. **Resultados:** As atividades desenvolvidas têm contribuído com a melhoria da assistência oferecida e da autonomia dos pacientes e desta forma, minimizado sentimentos de angústias e inseguranças decorrentes do diagnóstico e da hospitalização, além de prevenir ou amenizar complicações decorrentes da mielossupressão. Podemos perceber a importância de estabelecer uma relação de confiança, ajuda e integração entre profissional, paciente e familiar, uma vez que estes precisam estar preparados para prestar um cuidado adequado, oferecendo suporte emocional, bem como desenvolver habilidades que possam contribuir com o tratamento e a reabilitação. Observamos também que ao incentivarmos para o autocuidado, os pacientes passam a participar ativamente do tratamento, assumindo responsabilidades e tornando-se agentes da sua recuperação. Destacamos ainda o importante papel do profissional de enfermagem que vai muito além da esfera técnica. Seu compromisso é com a assistência integral, promovendo motivação e qualidade de vida através da educação em saúde e promoção do autocuidado**.** **Conclusões**: O conhecimento das reações adversas desencadeadas pelos antineoplásicos posssibilita a compreensão dos problemas apresentados pelos pacientes, permitindo assim, intervenções apropriadas. Ressaltamos, portanto, a relevância de intervenções de enfermagem que visam a educação para o autocuidado, prevenção e/ou detecção precoce de complicações, uma vez que tais atividades promovem vínculos, apoio, esclarecimentos e co-responsabilidades.

Referências

BONASSA, E.M.A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar.** Brasília, 2002.

GOLDMAN, L.; BENNETT, J.C. **CECIL – Tratado de Medicina Interna**. 21ª ed. Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. Brunner & Sudarth: **Tratado de enfermagem médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

World Health Organization (WHO). **The Importance of Pharmacovigilance: safety monitoring of medicinal products**. Geneva: World Health Organization; 2002.

40 SAÚDE MENTAL EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA VISÃO INTERDISCIPLINAR

FERNANDES, Marivana de Mattos
(Acadêmica do curso de Enfermagem da UNIPAMPA, 7ª fase. Bolsista PET/Saúde Mental. E-mail: marivanasb@hotmail.com)

PACHECO, Katia Cilene
(Acadêmica do curso de Enfermagem da UNIPAMPA, da 7ª fase. Bolsista PET/Saúde Mental)

DUARTE, Maria de Lourdes Custódio
(Professora Assistente da disciplina de Saúde Mental da UNIPAMPA. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica)

Descritores: saúde mental; transtornos mentais; saúde do idoso; equipe multidisciplinar.

Introdução: A população brasileira experimenta um processo de envelhecimento marcante e sua Política Nacional do Idoso (PNI/ Lei 8842/94 – Brasil) explica a necessidade de ampliar o debate sobre o tema, via sua inclusão em todos os níveis de escolarização[1]. Abordando tais aspectos, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET/Saúde Mental, atuante na Universidade Federal do Pampa na cidade de Uruguaiana, ressalta a importância do trabalho em rede de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas que visem o estabelecimento de vínculos de acolhimento, implicando na multiprofissionalização, na interdisciplinaridade e na intersetorialidade para a concretização das metas da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Objetivos:** Este trabalho possui como objetivo, descrever a visão interdisciplinar de acadêmicas dos cursos de enfermagem e fisioterapia, sobre uma instituição de longa permanência (ILP) destinada a idosos que apresentam sofrimento psíquico e refletir sobre a importância de uma equipe interdisciplinar nas ações de saúde mental nesses espaços. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado por estudantes dos cursos de enfermagem e fisioterapia em uma instituição de longa permanência de idosos em um estágio não-obrigatório voluntário no Estado de Santa Catarina. As ações foram desenvolvidas nos meses de janeiro e fevereiro do ano de 2011, pela parte da manhã, de segunda a sexta-feira, totalizando uma carga horária de 64 horas, sob a supervisão da enfermeira responsável pelo estabelecimento de saúde. Foram utilizados durante este período diário de campo e observação. **Resultados:** Na instituição residem 36 idosos, os quais moram no local em média oito anos. Recebem atenção médica voluntária do geriatra em dois sábados ao mês e do psiquiatra, somente quando é necessário prescrever nova receita. A equipe multidisciplinar é composta por uma Enfermeira e nove Técnicos de Enfermagem; e outros profissionais voluntários, como Nutricionista, Assistente Social e Fisioterapeuta. O idoso, pelo processo de envelhecimento precisa de cuidados específicos, incluindo a adequação da estrutura física onde vivem e as medicações que tomam; contudo, os idosos que sofrem de um transtorno mental necessitam de apoio integral, por isso, a importância de uma equipe interdisciplinar para alcançar resultados que visem o bem-estar físico e mental no idoso que residem nas ILP. Algumas pesquisas relatam que os profissionais recém-egressos das faculdades não dispõem de competências mínimas para operacionalização da concepção ampliada de saúde na atenção aos idosos, o que implicaria, entre outros fatores, na identificação precoce das situações de risco para a fragilização, isto é, risco de perda de autonomia e independência na utilização de medidas preventivas e de suporte, e na prática do trabalho em equipe[1]. Observou-se que na casa há idosos que possuem transtornos mentais como depressão e outros transtornos. Os funcionários da instituição têm uma

intensa demanda de atividades, além de não possuírem qualificação específica pelo serviço de Saúde de Mental para conhecer as necessidades dos idosos com sofrimento psíquico. Percebeu-se que os idosos residem na ILP porque a família não consegue suprir as necessidades de cuidados em domicílio; não possuem família ou responsáveis para cuidá-los, sendo que alguns deles são provenientes das ruas. A população idosa apresenta alterações fisiológicas e patológicas que os tornam dependentes, tal fato demanda aprofundamento de conceitos, tais como níveis de prevenção, paliativismo, suporte e apoio social[1]. No local de estágio percebeu-se que os idosos não possuíam atividade física, de lazer ou algo que pudesse lhes trazer prazer. Os dias se resumiam nos cuidados de higiene pessoal e os horários das refeições, com o auxílio da equipe de enfermagem, alguns idosos somente assistiam televisão, enquanto os demais passavam os dias em seus quartos. Algumas doenças psicológicas como a depressão possui fator de hereditariedade, mas pode ter causas psicossociais também, a perda da auto-estima no processo de envelhecimento está associada ao quadro depressivo do idoso decorrente do forte sentimento de dependência e perda crescente da autonomia[2]. Observou-se o uso de antidepressivos por todos os residentes da casa, mas nenhum tipo de oficinas terapêuticas, com o propósito de um tratamento alternativo. Após consulta à equipe de saúde e autorização da mesma, propomos a realização de algumas outras atividades na ILP como escutar música, desenho, jogos como xadrez e dominó. A atividade foi bem aceita por parte dos idosos, levando em conta seus limites físicos, inclusive os cadeirantes participaram das oficinas de música, onde os ajudamos com as cadeiras de rodas para que eles também pudessem se divertir. A importância da vivência e da troca de experiências pelo grupo é repleta de emoções e movimentam suas vidas, gerando uma sensação de bem-estar, esse é o intuito da participação do idoso nessas atividades[2]. As pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o devido apoio lhes for proporcionado[3]. A partir dessa afirmação, deve-se garantir um futuro com saúde e bem estar aos idosos, garantindo a sua qualidade de vida, através da maneira como os profissionais tratam seus pacientes e trabalham na equipe multidisciplinar[3]. A equipe pode ajudar na saúde mental dos idosos, realizando exercícios físicos, pois os índices de depressão são menores em idosos que praticam atividade física, estudos comprovam melhora no aspecto emocional, como aumento da auto-estima, humor, sensação de bem-estar, diminuição da ansiedade e da tensão[3]. A equipe multidisciplinar pode orientar o idoso, a pensar positivamente, cultivar as amizades e ter uma vida social ativa, através da família e amigos[3]. A enfermagem colabora retomando o cuidado humanizado para suprir as necessidades tanto na esfera física e mental, pois como cita o Ministério da Saúde, o cuidado humanizado articula os aspectos subjetivos, que são indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos, respeitando a singularidade do sujeito em questão[4]. Diante deste contexto, salientamos a importância do PET/Saúde Mental, o qual busca modificar a lógica de pensamento unidimensional, vigente no modelo manicomial, sendo necessária a reorientação no processo de formação dos profissionais da área de saúde, bem como proporcionar a circulação de diferentes olhares/saberes que catalisem o processo de substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços sediados no âmago das cidades. O PET/Saúde Mental, que iniciou sua execução no ano de 2011 no município de Uruguaiana pela UNIPAMPA/Campus Uruguaiana, em parceria com o CAPS, enfatiza a necessidade de formar profissionais com competências para atuarem na saúde mental coletiva e promover educação permanente em saúde para os profissionais já inseridos nos serviços de saúde mental da atenção básica em Uruguaiana. A concepção de integralidade contida no conceito de saúde relaciona-se estreitamente às formas de si, do mundo e das pessoas, à criação, às possibilidades e impossibilidades individuais, às diferentes estéticas presentes nos grupos, à forma como as pessoas moram, amam, trabalham, relacionam-se, vinculam-se, exprimem-se e simbolizam. Antes de saber tratar, é necessário saber acolher, aceitar, cuidar e incluir, abrangência proposta pela saúde mental

coletiva. A partir desta vivência no estado de Santa Catarina, expandem-se nossos horizontes voltados à realidade do Município de Uruguaiana-RS, onde o PET/ Saúde Mental atua, há necessidade de difundirmos novas propostas levando em consideração exemplos de outras instituições. Enquanto acadêmicos, defendemos a equipe multiprofissional e sabemos como esse trabalho pode gerar resultados positivos aos pacientes. Na área de saúde mental é identificado que estratégias interdisciplinaridades de abordagem clínica, incluindo-se as técnicas de abordagem corporal, tem muito a contribuir nos cuidados de saúde mental[4]. Pacientes psiquiátricos desenvolvem uma série de disfunções motoras, cognitivas e emocionais que dificultam o desenvolvimento de atividades de vida diária, como andar, comer, e vestir-se; são pessoas com debilidade na percepção corporal e, desenvolvem uma postura rígida, levando á limitações físicas e incapacidade[4]. Na ILP, percebeu-se que os idosos que sofriam de doenças mentais, eram pessoas isoladas, quietas e não comunicativas. Então, começamos os exercitar aos poucos, proporcionando a deambulação no pátio da instituição, fazendo alguns movimentos corporais aptos à sua condição física, sempre prestando atenção à pressão arterial e aos batimentos cardíacos, buscando o conforto ao realizar pequenas atividades. C**onclusões:** Esta experiência não curricular proporcionou uma dimensão do que é a equipe multidisciplinar e como desenvolver um trabalho de qualidade no cuidado do idoso com sofrimento psíquico, deve-se perceber as necessidades dessas pessoas e sistematizar um cuidado humanizado, um jeito diferente de cuidar em saúde mental, é preciso respeitar o "eu" de cada um, suas emoções e desejos, não importando onde essa pessoa esteja para ser cuidada. Como acadêmicos e futuros profissionais de saúde, diante de nossos compromissos e responsabilidades como cidadãos, aprendemos a partir desta vivência e de muitas lições de vida nesta ILP de idosos, o respeito que cada indivíduo merece. Devemos proporcionar-lhes atividades que expresse o que cada um sente e deseja nessa fase de sua vida. A partir da execução do PET/Saúde Mental no município de Uruguaiana, podemos concretizar ações que possibilitem uma melhora da qualidade de vida de idosos que residem em ILP.

Referências

1 MOTTA, L.B; AGUIAR, A.C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 363-72, 2007.

2 PENNA, F.B; SANTO, F.H.E. O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 1, p. 17-24, 2006.

3 MAZO, G.Z; GIODA, F.R; SCHWERTNER, D.S; GALLI, V.L.B; GUIMARÃES, A.C.A; SIMAS, J.P.N. Tendência a estados depressivos em idosos praticantes de atividade física. **Rev. Bras. Cine. Hum**, v. 7, n.1, p. 45-49, 2005.

4 NASCIMENTO, C.C; PÍTIA, A.C.A. Oficina de trabalho corporal: uma estratégia de reabilitação psicossocial no trabalho em saúde mental. **Ciência Cuid. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 610-617, jul/set, 2010.

41 SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE DE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA NA APAE

PIOVESAN, Graziela
(Acadêmica do curso de Enfermagem na UFSM no Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - CESNORS, campus de Palmeira das Missões/RS. E-mail: grazielapiovesan@hotmail.com)

RESTA, Darielli Gindri
(Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Atualmente é docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM no Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - CESNORS, campus de Palmeira das Missões/RS)

HEPP, Débora
(Acadêmica do curso de Enfermagem na UFSM no Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - CESNORS, campus de Palmeira das Missões/RS)

QUADROS, Karoline
(Acadêmica do curso de Enfermagem na UFSM no Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - CESNORS, campus de Palmeira das Missões/RS)

SANTOS, Juliana
(Acadêmica do curso de Enfermagem na UFSM no Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul - CESNORS, campus de Palmeira das Missões/RS)

Descritores: Vulnerabilidade, adolescentes, pessoas com deficiência, sexualidade.

A deficiência mental afeta entre 2 a 3% da população geral e 1% das crianças em idade escolar. No Brasil, 14,5% da população, tem algum tipo de deficiência, desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Estes dados mostram valores, provavelmente subestimados, mas suficientes para serem considerados como problemas de saúde pública (IBGE, 2000). A Associação Americana de Retardo Mental (AAMR) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) definem deficiência mental como um estado de funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associados à prejuízos em fatores envolvidos no funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competência doméstica, habilidades sociais, utilização de recursos comunitários, autonomia, saúde, segurança, aptidões escolares, trabalho e lazer. Conviver com algum tipo de limitação exige um processo de aceitação e adaptação que pode ser facilitado por meio de ações voltadas para a inclusão dos sujeitos nas diferentes situações de vida. Nesse sentido, as ações em saúde podem ser uma importante estratégia, contribuindo para a inserção destes sujeitos na vida social. A vulnerabilidade é um eixo conceitual importante para compreensão das dificuldades e das diferentes suscetibilidades que cada sujeito enfrenta no seu cotidiano, sobretudo com sua saúde. Pode ser considerada como um referencial que se preocupa com o intercâmbio entre o indivíduo e estruturas sociais. Ayres (2003) define planos interdependentes de vulnerabilidade, dos indivíduos e coletividades aos agravos de saúde: o comportamento pessoal ou vulnerabilidade individual/biológica; o contexto social ou vulnerabilidade social; e as ações governamentais para enfrentar o agravo ou vulnerabilidade programática/institucional. O plano individual diz respeito ao grau e à qualidade de informação que os indivíduos dispõem para evitar comportamentos que expõem à risco. O plano social considera que a aquisição de informações, as possibilidades de processá-las e incorporá-las não dependem

apenas dos indivíduos, mas de aspectos como: meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, decisões políticas e possibilidade de enfrentar barreiras culturais. No plano programático, é fundamental a existência de esforços governamentais, para que os recursos sociais necessários aos indivíduos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático a fim de não se exporem aos danos. Este trabalho teve como objetivo identificar e analisar as situações de vulnerabilidade individual, social e programática a que estão expostas crianças e adolescentes vinculados a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) no município de Palmeira das Missões/RS. Trata-se de uma investigação qualitativa, exploratória e descritiva. O campo de estudo foi a APAE/ Palmeira das Missões/RS - Recanto Feliz. A APAE é um estabelecimento de ensino para pessoas especiais, que presta serviço de reabilitação e habilitação. Possui uma equipe multiprofissional e seus recursos financeiros são provenientes do Sistema Único de Saúde / SUS, doações sociais, contribuintes e convênios com o Estado e Município. Os participantes desta pesquisa foram os pais ou responsáveis por treze alunos que freqüentam a APAE. Para a coleta dos dados, foi utilizada uma entrevista semi-estruturada com questões abertas e fechadas, direcionada aos pais ou responsáveis pelos alunos, que aceitaram voluntariamente participar do estudo. Os dados foram analisados conforme a análise temática de Minayo (2007). Após transcrição do material empírico as informações são avaliadas em três fases, a pré-análise, a exploração do material e a interpretação. Ciente das recomendações previstas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado pelos sujeitos após aceitarem participar da pesquisa. Os resultados apresentados estão relacionados às características dos participantes do estudo como idade, composição da família, escolaridade, realização do pré-natal e renda. As categorias que evidenciam as situações de vulnerabilidades foram: Vulnerabilidade individual: **"**Conversas sobre sexualidade, de pai para filho"; Vulnerabilidade social: "apoio familiar e social"; Vulnerabilidade programática: "a carência de serviços que acolham os adolescentes e suas famílias." As participantes do estudo foram em totalidade às mães dos adolescentes e sua idade variou entre 39 e 69 anos. A composição das famílias variou de 2 a 10 integrantes. Quanto à escolaridade, apenas uma das entrevistadas informou ter concluído o 2º grau e outra o 2º grau incompleto, duas nunca estudaram, sendo que uma estudou apenas a 1ª série. Todas as mães relataram não ter tentado interromper a gestação e todas disseram que a gravidez foi desejada. Com relação à realização do pré-natal, cinco delas não realizaram nenhuma consulta e oito realizaram algumas consultas. Com relação à renda familiar as mães relataram viver com no máximo dois salários mínimos, sendo que algumas famílias têm renda inferior, atingindo apenas meio salário mínimo. Com relação às situações de vulnerabilidade individual foi identificada a categoria "conversa sobre sexualidade de pai para filho." Esta categoria destaca a preocupação em falar sobre o assunto da sexualidade com os adolescentes. As participantes referiram angústia diante da lacuna criada entre o crescimento físico e o desenvolvimento intelectual dos filhos. Por isso essas mães não vislumbram perspectivas futuras para o filho, gerando frustração, porque prevê a manutenção da dependência. Às situações de vulnerabilidade social dos adolescentes e das crianças, estão ligadas as questões de "apoio familiar e social" ocorridas após a notícia de ter um filho com deficiência. A rede de apoio tanto familiar quanto social mostra fragilidades, pois as mães relatam que, nas situações em que os adolescentes pedem ajuda, as pessoas mais acessadas são elas próprias, seguidas de avô, avó, irmãos, vizinhos. Os pais (sexo masculino) nunca foram citados, assim como as instituições como escolas, serviços de saúde e outros. Nas questões que se relacionam à vulnerabilidade programática dos adolescentes as mães identificam "a carência de serviços que acolham os adolescentes e suas famílias." Nesta categoria estão descritas as situações como a falta de informações e orientações apropriadas para a cada situação. Com os resultados deste estudo pode-se inferir que a compreensão das situações de

vulnerabilidade dos adolescentes e famílias que vivem a condição de deficiência pode abrir novas oportunidades, buscando aprimorar as habilidades dos adolescentes e potencializá-los para a conquista de uma autonomia. A realização deste estudo contribuiu com reflexões importantes para a sensibilização dos profissionais de saúde. A aproximação com essa temática pode facilitar a acolhida das pessoas com deficiência, amenizando as vulnerabilidades, em especial aquelas que afastam essa parcela da população dos serviços de saúde.

Referências

AYRES, JRCM; FRANÇA Jr.I; CALAZANS, GJ; FILHO, HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In.: Czeresnia, D; Freitas, CM. (Orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2003, p. 117-139. Onde está no texto, não tem!

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Marco teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

42 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PÓS-OPERATÓRIO DE TRANSPLANTE RENAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

PAULETTO, Macilene Regina
(Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM/RS. Mestranda em enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: macipauletto@gmail.com)

TIMM, Arlete Maria Brentano
(Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM/RS. Mestranda em enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

BEUTER, Margrid
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

ROSO, Camila Castro
(Enfermeira. Mestranda em enfermagem. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

VEIGA, Sirlene Mathias
(Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM/RS. Especialista em enfermagem em nefrologia)

MALDANER, Cláudia Regina
(Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM/RS. Especialista em enfermagem em nefrologia. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Transplante de rim; Enfermagem; Insuficiência Renal Crônica.

Introdução: O transplante renal é uma importante opção terapêutica para o paciente com Insuficiência Renal Crônica (IRC), tanto do ponto de vista médico quanto social ou econômico. Ele está indicado quando houver IRC em fase terminal, estando o paciente em diálise ou mesmo em fase pré-dialítica (NORONHA et al, 2006). A terapia com transplante de órgãos vem aumentando anualmente, desde que o primeiro transplante renal intervivos foi realizado em 1954. No primeiro semestre de 2009, foram realizados 1.237 transplantes renais no Brasil, sendo que havia 34.640 pacientes inscritos na lista de espera para rim (BRASIL, 2011). Os transplantes renais realizados se classificam quanto à relação doador/receptor em três tipos: doador vivo parente, em que o doador está geneticamente relacionado ao receptor (irmãos, pais, filhos); doador vivo não parente, doador sem relação genética com o receptor; e doador cadáver, em que o doador está em morte encefálica. Esta modalidade gera expectativas e grande aceitação entre os pacientes renais crônicos, pois oferece uma melhora significativa em sua qualidade de vida. No entanto, o cuidado no pós-operatório do transplante renal requer conhecimentos e cuidados especializados, uma equipe com domínio técnico-científico, um serviço capacitado com recursos e tecnologias específicas. A enfermagem encontra-se inserida neste processo assistencial e educativo, desempenhando atividades extremamente importantes no transplante renal. **Objetivo:** O objetivo deste relato é descrever a atuação do enfermeiro no período pós operatório de transplante renal do Hospital Universitário de Santa Maria. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência onde as ações de cuidado são desenvolvidas em uma unidade de nefrologia, de um hospital universitário da região centro do Rio Grande do Sul. Nesta unidade internam pacientes com algum grau de doença renal,

agudos ou crônicos, e que geralmente apresentam outras doenças crônicas associadas, como: diabetes mellitus, hipertensão arterial, lúpus eritematoso, entre outras. Esta unidade também está destinada a internar o pós-operatório de transplantes renais, bem como complicações destes, sendo que alguns centros transplantadores internam seus pacientes nas unidades de terapia intensiva, para recuperação pós transplante de rim. **Resultados e discussão:** A atuação da enfermagem no pós operatório de transplante renal tem como objetivos: avaliar, detectar e intervir precocemente nas possíveis complicações. Para tanto é necessário que a equipe de enfermagem tenha conhecimento da história do paciente, enfocando a evolução da doença, estado atual e terapêutica utilizada para controle da doença até o momento, bem como da evolução do paciente durante o transplante de rim e possíveis complicações associadas ao procedimento cirúrgico (ABTO, 2008). Conforme Ianhez (2003), as complicações imediatas pós-transplante ocorrem após o ato cirúrgico até a alta hospitalar e dividem-se em clínicas: necrose tubular aguda, rejeição hiperaguda e rejeição celular aguda; e cirúrgicas: fístula urinária, obstrução urinária, trombose da artéria renal, estenose da artéria renal, ruptura da anastomose arterial, ruptura renal e trombose venosa renal. As complicações infecciosas também podem ocorrer no período pós-transplante pelo estado de imunodepressão do paciente e das exposições epidemiológicas que ele está submetido. Os cuidados pós transplante renal são semelhantes aos realizados com pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de médio porte, com ênfase na monitorização do balanço hidroeletrolítico, cuidados para prevenção de infecção, controle da dor, manutenção e estímulo da função pulmonar, deambulação precoce, restauração das funções gastrointestinais e restauração da função renal. O período das primeiras 24 horas após o transplante renal está associado à instabilidade hemodinâmica, onde a enfermagem atua em relação à monitorização do balanço hidroeletrolítico, com cuidados na reposição de líquidos, controle do peso, aspectos, características e volume de diurese, permeabilidade de sonda vesical observando quanto a presença de coágulos ou dobras, pois é freqüente a presença de hematúria nos primeiros dias pós transplante. No que tange aos cuidados para prevenção de infecções, destaca-se as precauções padrões, observação quanto a restrição de fluxo de pessoas, uso de máscara para o transporte do paciente, alocação de paciente em enfermaria observando perfil microbiológico dos outros internados, e quando possível, são mantidos em quarto privativo. Para isso nosso serviço conta com o auxílio da comissão de controle de infecção hospitalar da instituição e prima para cumprir as normas e rotinas instituídas pelo mesmo. Ainda sobre as questões de infecção é pertinente uma avaliação criteriosa do enfermeiro quanto à presença ou não de sinais flogísticos e secreções em ferida operatória e dispositivos invasivos, bem como os aspectos e características da urina. As principais queixas do paciente no pós operatório estão relacionadas ao desconforto pela sonda vesical, desconforto gastrointestinal como náuseas, vômitos, inapetência e distensão abdominal, e dor na ferida operatória. As ações do enfermeiro nestas situações incluem: medidas de conforto, aplicação da escala da dor, administração de analgésicos e antieméticos conforme prescrição médica, exame físico do abdome com atenção para abaulamentos, hematomas e drenagem de secreções, inspeção da sonda quanto à permeabilidade, vazamentos e fixação. O enfermeiro também avalia e identifica as necessidades quanto à nutrição e ingestão hídrica, solicitando avaliação e acompanhamento do nutricionista para estas particularidades. Outras medidas como a saída do leito, deambulação precoce, autocuidado com ênfase para higiene, alimentação, medicação, entre outras são incentivadas pelo enfermeiro no processo de reabilitação pós-operatório. Além de todas essas questões técnico-científicas comentadas, outros pontos subjetivos são avaliados, momentos de angústia e medo do paciente em relação à evolução do procedimento são comuns nesta fase pós-operatória e devem ser bem trabalhadas pelo enfermeiro. Pois, intervenções cirúrgicas, não funcionamento imediato da função renal com necessidade de tratamento dialítico, são complicações que podem acontecer, mas nem sempre são compreendidas e

aceitáveis. Assim, cabe ao enfermeiro proporcionar estratégias de enfrentamento pra esta situação. Durante a internação o enfermeiro também desempenha ações educativas e orientações no preparo do paciente e sua família para a alta hospitalar. Dentre estas, relacionadas a encaminhamento e solicitação de medicamentos especiais e sua administração, consultas e retornos, coleta de exames laboratoriais, alimentação, higiene, vacinas, intercorrências e vínculo ao serviço. **Conclusão:** A atuação do enfermeiro em um serviço de transplante é de extrema importância, tendo em vista a complexidade terapêutica envolvida, na qual exige uma assistência qualificada e humanizada. Desta forma a qualidade do cuidado depende também da busca contínua dos enfermeiros no aprimoramento de habilidades e competências, por meio de capacitações e pesquisas na área visando sempre proporcionar aos pacientes e seus familiares esclarecimentos e estratégias para alcançar o sucesso do tratamento, com uma melhor qualidade de vida.

Referências

-ABTO. Departamento de enfermagem da ABTO. **Protocolo de cuidados de enfermagem em transplantes de órgãos: Assistência de enfermagem ao paciente submetido ao transplante renal** - ABTO/2008 . Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/profissionais/departamentos/arquivos/Assist%C3%AAncia_de_Enfermagem_ao_pcte_Transpl_Renal.pdf > Acesso 10 abril 2011.

-IANHEZ, L.E.; Manejo Clínico do Transplante Renal**.** In: RIELLA, M.C. (org.) **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrolíticos**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 945-973.

-BRASIL. Ministério da Saúde. **Transplantes**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 11 abril 2011

-NORONHA, I.L. et al. **Transplante renal:** indicações e contra-indicações**.** Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/novas_diretrizes_sociedades.php>. Acesso 10 abril 2011.

43 MOVIMENTAÇÃO E TRANSPORTE DE PACIENTES: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO ERGONÔMICO*

PASA, Thiana Sebben
(Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM, bolsista de iniciação científica. E-mail: thianasp@hotmail.com)

MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza
(Enfermeira Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da UFSM)

Descritores: Saúde do trabalhador; Engenharia humana; Transtornos traumáticos cumulativos; Movimentação e reposicionamento de pacientes.

As transformações que estão ocorrendo ultimamente no mundo do trabalho, têm repercutido na saúde dos indivíduos e do coletivo de trabalhadores. O processo saúde-doença é dependente das possibilidades que o trabalhador tem para evitar os riscos, atenuá-los ou eliminá-los durante a realização de suas tarefas. Neste contexto, os determinantes da saúde do trabalhador incluem os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições de vida e, os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles determinantes da organização laboral (presentes nos processos de trabalho). Dentre os diversos campos de atuação e pesquisa referentes à saúde do trabalhador, os profissionais de instituições hospitalares, têm, cada vez mais, chamado a atenção de estudiosos de todo o mundo devido aos elevados percentuais de adoecimento e de acidentes. Destes, destacam-se os profissionais de enfermagem como o grupo mais expostos a várias cargas de trabalho que comprometem a saúde, gerando índices elevados de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (ALEXANDRE e BENATTI,1998). Conforme Duarte e Mauro (2010), a presença de risco ocupacional no desempenho das atividades de enfermagem apresenta uma visibilidade multifatorial, devido à diversidade dos fatores de riscos a que estão expostos, dependendo da atividade realizada. Nessa vertente, a enfermagem configura-se como um trabalho de grande desgaste mental e principalmente físico, em que dentre outros problemas, os distúrbios osteomusculares e cervicolombares vem ganhando destaque entre os problemas que afetam essa classe trabalhadora. Na literatura, os fatores que mais contribuem para os problemas de saúde osteomusculares e cervicolombares estão relacionados à movimentação e ao transporte de pacientes. De acordo com Alexandre e Rogante (2000), os procedimentos que envolvem a movimentação e o transporte de pacientes são considerados os de maior risco para os trabalhadores da saúde. Pelo fato dos profissionais de enfermagem terem que movimentar e transportar pacientes regularmente, tornam-se suscetíveis aos problemas osteomusculares e cervicais. Corrobora, neste sentido, estudo de Alexandre e Rogante (2000) ao evidenciar que grande parte das agressões à coluna vertebral em trabalhadores da saúde estão relacionadas a condições ergonômicas inadequadas de mobiliários, posto de trabalho e equipamentos utilizados nas atividades cotidianas. Muitas vezes, o transporte e movimentação de pacientes são realizados sob condições desfavoráveis, ou seja, com equipamentos inadequados, postura incorreta e/ou número insuficiente de profissionais, trazendo agravos à coluna vertebral dos trabalhadores. Este estudo teve por objetivo buscar, na literatura brasileira quais instrumentos de pesquisa estavam sendo utilizados para avaliar os riscos ergonômicos no desenvolvimento das atividades laborais da enfermagem. Para isso foi realizada uma busca nos periódicos nacionais, disponíveis online, em outubro de 2010. Como resultado, foi encontrado um artigo que descrevia o desenvolvimento de um instrumento para avaliar os riscos ergonômicos durante os procedimentos de movimentação e transferência de clientes. A construção do instrumento teve como referencial

teórico a ergonomia, que abrange a interação entre os equipamentos, as atividades, o ambiente e o próprio trabalhador, além de se basear na experiência assistencial da pesquisadora (RADOVANIC e ALEXANDRE, 2002) O instrumento constitui-se em uma escala, que deve ser preenchida por um profissional da área da saúde. O preenchimento poderá ser realizado por meio de observação do paciente e do prontuário e de um questionário realizado com o paciente ou acompanhante. O instrumento possui oito tópicos: peso, altura, nível de consciência e psicomotricidade, mobilidade na cama, transferência da cama/maca ou cama/cadeira e vice-versa, deambulação, cateteres e equipamentos utilizados pelo cliente e ambiente (RADOVANIC e ALEXANDRE, 2002). Cada tópico possui três alternativas de resposta que variam de 1 a 3 pontos. O escore mínimo possível de ser obtido são oito pontos e o escore máximo são vinte e quatro pontos. A avaliação de riscos é realizada por meio da pontuação pré-estabelecida: pouco risco (08 a 12 pontos), médio risco (13 a 18 pontos) e muito risco (19 a 24 pontos). Segundo RADOVANIC e ALEXANDRE (2002, p. 234), com esses parâmetros, a equipe de enfermagem terá condições de planejar o melhor método de movimentação e transferência do cliente. Os pacientes situados entre 08 e 12 não necessitam de auxílio e requerem supervisão da equipe de enfermagem; os situados entre 13 e 18 necessitam de planejamento, auxílio da equipe de enfermagem e de pequenos equipamentos (plásticos deslizantes, pranchas, cintos, barra tipo trapézio no leito, escada de cordas, discos giratórios, tábua de transferência, blocos de mão antiderrapantes); e os clientes que apresentam pontuação entre 19 e 24 necessitam de um rigoroso planejamento, auxílio da equipe de enfermagem e de equipamentos mecânicos (elevadores mecânicos). Com os resultados obtidos na pesquisa utilizando esse instrumento, os trabalhadores de enfermagem terão condições de planejar de forma sistemática a assistência a este paciente, de acordo com seu grau de dependência, o ambiente onde ele está, a técnica mais adequada e os equipamentos auxiliares que deverão ser utilizados (RADOVANIC e ALEXANDRE, 2002). Corrobora nesse sentido Alexandre e Rogante (2000), quando relatam que o procedimento de movimentação e transporte de pacientes deve ser composto por um planejamento que compreende uma avaliação das condições físicas e do preparo do cliente, preparo do ambiente, e dos equipamentos e o preparo da equipe. É inegável a importância da ergonomia tanto na prevenção dos problemas de saúde quanto na sensibilização dos profissionais em relação a maneira mais apropriada na realização do procedimento, a identificação de materiais inadequados e a substituição destes por equipamentos em condições de uso. A prevenção dos possíveis riscos (lesões osteomusculares) que o trabalhador pode estar exposto durante o trabalho e, principalmente durante a movimentação e o transporte dos pacientes deve ser realizada mediante o melhoramento do ambiente, instrumentos, equipamentos e métodos de trabalho, ressaltando que a prevenção destas lesões se constitui no maior desafio para a ergonomia. Conclui-se serem de extrema importância os investimentos das instituições na identificação dos riscos ergonômicos em diferentes unidades de internação, afim de que possam ser identificadas as unidades que apresentam maiores riscos para os profissionais que ali atuam e, para que sejam desenvolvidos programas que objetivem diminuir estes riscos e melhorar a qualidade de vida destes profissionais, além de identificar as unidades que necessitam da aquisição de materiais que diminuam estes riscos.

Referências

ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C. Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** - v. 6 - n. 2 - p. 65-72 - abril 1998.

ALEXANDRE, N. M. C.; ROGANTE, M. M. Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonômicos. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 165-73, jun. 2000.

DUARTE, N. S.; MAURO, M. Y. C. Análise dos fatores de riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem sob a ótica dos enfermeiros. **Rev. bras. Saúde ocup**., São Paulo, 35 (121): 157-167, 2010.

RADOVANOVIC, C. A. T.; ALEXANDRE, N. M. C. Desenvolvimento de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de pacientes: um enfoque ergonômico. **Rev. Esc. Enfermagem USP** 2002; 36: 231-9.

44 A RELEVÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE ENFERMEIROS EM PESQUISAS: UM RELATO DE EXPERIENCIA

MACHADO, Letícia Martins
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Curso Técnico de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, Santa Maria. E-mail: lehmachado@yahoo.com.br)

DISSEN, Caliandra Marta
(Acadêmica do Quinto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. Bolsista FAPERGS)

SILVEIRA, Daiany Saldanha da
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

BECK, Carmem Lúcia Colomé
(Doutora em Enfermagem, Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Vice-Líder do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

MACHADO, Cynthia Helena Ferreira
(Acadêmica do Sexto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM-RS. Bolsista Pibic Cnpq 2010/2011)

COELHO, Alexa Pupiara Flores
(Acadêmica do Terceiro Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM-RS. Membro do grupo de pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

Descritores: Enfermagem; Pesquisa em Enfermagem; Neoplasias Cutâneas.

Introdução: A enfermagem vem ampliando sua participação na comunidade científica através da coordenação de projetos científicos financiados por diferentes órgãos de fomento e com envolvimento da formação de recursos humanos para a pesquisa. Nesse sentido, ressalta-se que a pesquisa em enfermagem, ou seja, a experiência de participação em um projeto de pesquisa por enfermeiros requer integração/articulação entre diferentes atores (pesquisadores, gestores e profissionais de saúde), saberes (epidemiológico e clínico operacional), profissões (medicina, enfermagem, etc.) e locais (diferentes realidades de municípios do Brasil) visando a obtenção de um conjunto de resultados conceitualmente coerentes sobre um tema de pesquisa, envolvendo abordagens metodológicas diversas, com objetivos bem definidos, visando a obtenção de resultados científicos de maior impacto e veracidade (Villa, 2007). Logo, coordenar uma pesquisa não se trata de uma tarefa simples e sim de um ofício que requer responsabilidade e zeloso cuidado do profissional delegado ao trabalho para que não ocorram falhas que prejudiquem o andamento da investigação científica. Por outro lado, podem ser percebidas muitas vantagens nesse serviço, uma delas é o aprendizado para todos os pesquisadores do grupo, bem como a ascensão da profissão da enfermagem que deixa de se focar exclusivamente à assistência e se volta à pesquisa como modo de embasar suas práticas cotidianas. Sendo assim, julga-se relevante relatar a experiência vivida por uma enfermeira como coordenadora em um projeto de pesquisa relacionado ao câncer de pele, patologia que é estimada em aproximadamente 132 mil novos casos todos os anos. Logo, é importante ressaltar que na última década observou-se um significativo aumento da incidência dessa

neoplasia principalmente em populações de pele e olhos claros e com exposição intermitente ao sol sem proteção adequada, como no caso de agricultores (WHO, 2005). **Objetivos:** Pretende-se, a partir deste relato, socializar a vivência de uma profissional de enfermagem em uma pesquisa-piloto do Instituto Nacional de Cancer/Ministério da Saúde – INCA/MS, explicitando seus sentimentos e valorizando o aprendizado para o campo da enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira que atuou como coordenadora local na pesquisa "Estudo da prevalência de câncer de pele e lesões precursoras em residentes de municípios agricultores – projeto piloto". O estudo foi desenvolvido entre os meses de outubro de 2010 a janeiro de 2011 em um município do Rio Grande do Sul/Brasil. Esse município foi escolhido pelo INCA devido às suas características de desenvolvimento de agricultura familiar, bem como por ter a maioria da população de pele clara e ter cobertura maior de 75% da Estratégia Saúde da Família (ESF). Entre os principais objetivos da pesquisa destacou-se estimar a ocorrência de alterações dermatológicas em residentes dessa localidade e traçar o perfil sociodemográfico dos pesquisados. A coordenação do estudo foi feita pela Área de Vigilância do Câncer Relacionado ao Trabalho e ao Ambiente/INCA/MS. Como atividades principais, a enfermeira, como coordenadora local da pesquisa, fazia a releitura dos questionários (após já feita a entrevista), intervinha no campo da pesquisa quando havia recusa de participação por parte da população da mesma e nos meses de dezembro de 2010 e janeiro de 2011 foi a campo para reentrevistar 20% da amostra (80 pessoas) como forma de garantir a confiabilidade dos dados e qualidade da pesquisa. O acompanhamento *in locu* da coordenadora local acontecia duas vezes por semana durante todo o dia, nos demais dias da semana o trabalho desenvolvido se restringia a correção dos questionários e encaminhamento dos mesmos para a sede do INCA no Rio de Janeiro/RJ. No final de cada semana de trabalho, um relatório de produtividade também era encaminhado via *e-mail* ao INCA, para ciência da coordenação geral. **Resultados e Discussão:** Nesta perspectiva, durante o desenvolvimento da pesquisa foi possível acompanhar e conhecer o cotidiano dos entrevistados no que tange a exposição solar e seus riscos e como esses sujeitos se protegem, quando o fazem, já que conforme estudo realizado com estudantes universitários, há conhecimento sobre a necessidade da utilização do protetor solar como forma de prevenção, porém apenas 25% dos pesquisados fazem uso diário de tal produto (Castilho IG, Sousa MAA, Leite RMS, 2010). De maneira geral, a experiência como coordenadora local trouxe o aprendizado de que a enfermagem deve não só focar-se nas ações assistencialistas, mas buscar na pesquisa ferramentas para inovar e qualificar sua prática. Com a pesquisa surgem novas inquietações e consequentemente novas investigações e é neste movimento que a enfermagem irá estruturar diferenciadas formas de cuidar que estejam próximas da realidade das pessoas, pois tiveram como base seus próprios dados baseados na especificidade das mesmas. Nestes quatro meses de trabalho foi possível fazer esta aproximação, pois conhecendo as reais condições de determinada população a assistência futuramente será mais completa, singular e abrangente às necessidades daquela população. Além disto, houve o crescimento significativo com relação a noções das fases de desenvolvimento de uma pesquisa, desde o treinamento dos entrevistadores até as reentrevistas. Elucidaram-se questões como, a importância de todos os entrevistadores terem o mesmo entendimento das questões dos questionários; as estratégias de convencimento para que os entrevistados aceitem participar da pesquisa e os artifícios para reverter recusas; a importância da leitura exaustiva dos dados com olhar atento para identificar inconsistências, bem como a relevância do trabalho em equipe, onde todos imbuídos das mesmas expectativas desenvolvam um trabalho articulado confiável. Assim, corroborando com o já exposto, coloca-se que explorar a investigação científica na prática e com enfermeiros é um dos indícios para a consolidação da Enfermagem como profissão na sociedade, ao dar maior visibilidade ao trabalho, mobilizar o potencial dos profissionais para conduzir e usar pesquisa, aquisição de habilidades e

conhecimentos, possibilitando maior credibilidade para formulação de julgamentos nos momentos decisórios, com fatos e dados para solucionar questões de sua prática (Dyniewicz; Gutiérrez, 2005). **Considerações Finais:** Com tudo, foi possível nesses meses de acompanhamento identificar, bem como valorizar a importância da pesquisa em enfermagem para então relacioná-la a uma prática assistencial mais satisfatória, principalmente aos sujeitos do contexto do estudo. Pôde-se também aperfeiçoar os conhecimentos relacionados à pesquisa e seu funcionamento como um todo. Logo, incentiva-se que outros profissionais se vinculem a núcleos de pesquisa para enriquecer cada vez mais esse campo competente também ao profissional enfermeiro.

Referências

1 Castilho IG, Sousa MAA, Leite RMS. Fotoexposição e fatores de risco para câncer da pele: uma avaliação de hábitos e conhecimentos entre estudantes universitários. An. Bras. Dermatol. 2010;85(2):173-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n2/07.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2011.

2 Dyniewicz, AM; Gutiérrez, MGR. Metodologia da pesquisa para enfermeiras de um Hospital Universitário. Rev Latino-am Enfermagem. Vol. 13, n.3, p.354-63, 2005.

3 Villa, TCS. **A Enfermagem e a pesquisa**: **projeto temático FAPESP**. Acta paul. enferm. [online]. 2007, vol.20, n.4, pp. V-VI. ISSN 0103-2100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S010321002007000400001&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 de abril de 2011.

4 World Health Organization. Sun protection: simple precautions in the sun. Geneva: WHO;2005. [citado em 10 mar 2011]. Disponívelem: http://www.who.int/uv/sun_protection/en/.

45 SOCIALIZAÇÃO DO PLANO DE GERENCIAMENTO RESÍDUO SÓLIDO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO PARA REDUÇÃO DO IMPACTO AMBIENTAL

RAMOS, Iara Barbosa
(Enfª Coord. Comissão de Gestão Ambiental do HUSM. Doutoranda em Epistemologia e História da Ciência – UNTREF. E-mail: iaratbarbosa@yahoo.com.br)

VIERO, Cibele Mello
(Enfª. Membro do Grupo de Pesquisa: Trabalho, Educação, Saúde e Trabalho - UFSM)

ERTHAL, Graciele
(Enfª. Membro do Grupo de Pesquisa: Trabalho, Educação, Saúde e Trabalho – UFSM)

TREVISAN, Clara Maria
(Enfª Membro da Comissão de Gestão Ambiental e Chefe do Serviço de Higiene e Limpeza)

RODRIGUES, Marlene Kreutz
(Enfª Coordenadora do Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial do HUSM, Especialista em Administração Hospitalar)

PORTELA, Odete Teresinha
(Enfª Membro do Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial do HUSM e Mestre em Engenharia da Produção/UFSM)

Descritores: Gerenciamento de Resíduos; Serviço de Saúde; Educação em Serviço

Introdução: A questão do impacto ambiental, atualmente, vem sendo amplamente discutida a nível mundial, devido às mudanças climáticas e desastres naturais causados pela falta de conscientização e educação ambiental do ser humano em relação ao meio ambiente. A preocupação com o destino adequado dos resíduos sólidos, no Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM tem sido uma constante, buscando não somente a conformidade com a legislação e normas pertinentes, mas principalmente ao atendimento da sua missão de "*desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS, com ética, responsabilidade social e ambiental*"[1]. Neste sentido, no Planejamento Estratégico Organizacional da Instituição, existe uma Linha Estratégica, específica, sobre comprometimento ambiental, que visa reduzir a geração de resíduos revendo os processos e a padronização dos resíduos sólidos e líquidos e, a promoção de ações educativas com profissionais, professores, alunos e usuários. **Objetivo**: Esse trabalho teve como objetivo, relatar e socializar a experiência da elaboração, capacitação e implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde – PGRSS. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência do processo de implantação do PGRSS, no HUSM, uma instituição de ensino. Atualmente conta com 309 leitos, atendendo a média e alta complexidade. É referência para 43 municípios da região (1.100.000 hab) no tratamento de diversas especialidades, na formação de recursos humanos na área da saúde e no desenvolvimento de práticas acadêmicas multidisciplinares. (Seu quadro profissional, conta com cerca de, 1.824 funcionários. Por se tratar de um hospital universitário, público e de grande porte, a circulação de profissionais, professores e alunos de diversas áreas é muito significativa. Em 2003, foi nomeada a Comissão de Gestão Ambiental e Higiene Hospitalar, formada por membros representantes da Farmácia, Nutrição, Serviço de Higiene e Limpeza, Comissão de Controle de Infecção - CCIH, Gerência de Risco e pesquisadores envolvidos do Departamento de Engenharia Química e

Departamento de Química, visando à redução do impacto ambiental, causado pelos resíduos sólidos, líquidos e gasosos. Em reuniões mensais, a comissão discutiu e deliberou ações para a diminuição da geração de resíduos. Buscando atingir a meta proposta, foi elaborado o PGRSS, de acordo com legislação vigente. Após esse momento, planejaram-se a capacitação das equipes com encontros no local de trabalho, abordando temas relacionados ao PGRSS, subsidiados por folder informativo. **Resultados**: Em 2005, a comissão elaborou o PGRSS baseado na RDC 306 da ANVISA, Resolução CONAMA 358 e NBR 1004. Tais resoluções abordam a responsabilidade pelo correto gerenciamento dos resíduos sólidos gerados nos serviços de saúde em conformidade às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até sua destinação final. O PGRSS é uma proposta para gerenciar todos os resíduos produzidos no setor da saúde. Nesse sentido, "*o gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e proporcionar aos resíduos gerados, um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. O gerenciamento deve abranger todas as etapas de planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais e da capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo dos RSS*"[2-3-4]. No HUSM, a preocupação com o destino adequado dos resíduos vem sendo intensificada na última década. O processo de implantação do PGRSS ocorreu em várias fases: elaboração do PGRSS; adequação dos materiais necessários à segregação dos resíduos; identificação dos resíduos de acordo com a classificação; elaboração de folders informativos e divulgação do Plano aos profissionais da instituição, professores e acadêmicos. A capacitação dos profissionais do HUSM, foi realizada por meio de encontros, no local de trabalho, mediante horário pré-agendado junto ao setor, com duração aproximada de 30-40 minutos, nos quais foram abordados conceitos, leis e normas que orientam o PGRSS e, ainda a classificação e destino final dos resíduos. Como recurso visual, foi utilizado um folder evidenciando orientações básicas sobre o manejo adequado dos resíduos sólidos. Nessa mesma modalidade, foram realizados encontros com os funcionários terceirizados do Serviço de Higiene e Limpeza abordando os conteúdos acima citados e enfatizando a prevenção de acidentes com pérfuro-cortantes. Os encontros também ocorreram com alunos estagiários dos diversos cursos da Graduação e Pós-Graduação, com atuação no HUSM, no início das atividades curriculares, onde receberam informações sobre o PGRSS e também o folder informativo. Dificuldades foram encontradas, pois alguns colaboradores ainda não têm, como cultura, a importância da segregação no local da geração de resíduos, isso remete a compreensão de que esses profissionais não consideram o conhecimento como fator transformador de valores e atitudes. As informações, a diversificação de valores quanto à preservação do meio ambiente, a preocupação com gastos, como também o comprometimento com as normas e procedimentos operacionais da instituição, interferem no sucesso da aplicação do PGRSS, passando essa responsabilidade, muitas vezes, despercebida pelos profissionais. Observou-se, durante o processo de implantação do PGRSS, em todas as suas etapas, que houve maior envolvimento e comprometimento dos profissionais da enfermagem, quando comparado com colaboradores de outras áreas. Acredita-se que esse fato, se deve a predominância do sexo feminino na equipe de enfermagem e também, por representarem o maior número de profissionais da instituição (62,2%). Dado este, confirmado na pesquisa realizada pelo Núcleo de Apoio Gerencial do HUSM, em 2010, intitulada "Perfil do Profissional de Saúde do HUSM". Nesse sentido, pode ser justificado, que o maior comprometimento da enfermagem, está relacionado a uma questão de gênero, pois, no mesmo estudo, constatou-se que numa amostra de 349 profissionais da saúde do HUSM, 77,4% são do sexo feminino enquanto que 22,6% (n=79) representam o sexo masculino. A enfermagem, desde os tempos primórdios, é exercida quase que

exclusivamente, por mulheres, pois culturalmente cuidar de doentes é considerado uma extensão das tarefas da mulher[5]. **Considerações finais**: No decorrer dos encontros setoriais, perceberam-se interesse dos participantes ao tema, mudanças de atitudes quanto aos cuidados com os resíduos por parte de alguns colaboradores, porém passados alguns dias da capacitação, observou-se desmotivação para o cumprimento de normas, evidenciando a necessidade de educação continuada em serviço. Como proposta para novos estudos, relacionados ao tema, sugere-se trabalhar com pacientes e familiares, a educação em saúde para a sensibilização quanto à preservação do meio ambiente, segregando adequadamente os resíduos e, consequentemente, contribuindo para a redução do impacto ambiental. Dessa forma, será possível viabilizar e potencializar a participação dos usuários, por meio de ação transformadora, motivada por um processo de capacitação e formação permanente dos atores, clientes da assistência de saúde.

Referências

1 Universidade Federal de Santa Maria. **Planejamento Estratégico do Hospital Universitário de Santa Maria**. Hospital Universitário, Santa Maria, RS, 2010.

2 BRASIL – Resolução – ANVISA RDC nº 306 de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviço de saúde.

3 BRASIL – Resolução – ANVISA RDC nº 358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde.

4 BRASIL – Associação Brasileira de Normas Técnicas – NBR 10004; **Classificação de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde**, Rio de Janeiro, 2004.

5 MARTINS, C.; KOBAYASHI, R.M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M.M.J. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. Texto e **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.30, p.472-8, jul.-set.2006.

46 GRUPO DE APOIO PARA PESSOAS COM HIV/AIDS: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÂO EM SAÚDE

DURGANTE, Vânia Lúcia
(Enfermeira do Ambulatório Adulto do HUSM. Especialista em Administração Hospitalar, Gerenciamento em Enfermagem. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin
(Enfermeira. Doutora. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSM e do PPGEnf/UFSM. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: lourdesdenardin@gmail.com)

GEWEHR, Melissa
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem; E-mail do relator: mel.ufsm@gmail.com)

SILVEIRA, Celso Leonel
(Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

SILVA, Dalva Cezar da
(Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Funcionária técnico-administrativo do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

Descritores: Síndrome de imunodeficiência adquirida, Grupos de Auto-Ajuda, educação em saúde.

Introdução: Desde o surgimento a Aids vem impondo diversos desafios para a sociedade, constituindo-se em um dos grandes problemas contemporâneos da Saúde Pública, em suas mais variadas dimensões.O contexto de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS vem se modificando nos últimos anos, devido aos avanços relacionados ao surgimento da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART). Diante da tendência à cronicidade surgem outros desafios, determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/ AIDS (PVHA) (BRASIL, 2010). As dificuldades enfrentadas pelos portadores repercutem na adesão ao tratamento e no cuidado de si. O sucesso das ações contra a epidemia de AIDS no Brasil, traduzido pela queda nos índices de mortalidade e morbidade a partir de 1996 e pela organização da rede de serviços, disponibilidade de medicamentos antirretrovirais e ações de prevenção desenvolvidas, foi uma conquista do governo, da sociedade civil organizada e dos profissionais de saúde envolvidos com o enfrentamento da epidemia (BRASIL, 2010). A ampla utilização da HAART resultou na melhora nos indicadores de morbidade, de mortalidade e qualidade de vida dos brasileiros que realizam tratamento para o HIV e a AIDS. Por outro lado, contribuiu para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença na atualidade. Hoje, o desafio é encontrar formas de tratar e prevenir uma grande parcela de pessoas com AIDS que vem sofrendo com os efeitos adversos dos medicamentos como as dislipidemias (aumento de colesterol e triglicérides), a lipodistrofia (alterações na distribuição da gordura corporal), a resistência periférica a insulina (acarretando aumento do açúcar no sangue) e a acidose metabólica (por disfunção mitocondrial). Por esta razão em alguns serviços, profissionais da área da saúde têm planejado ações com a intenção de minimizar os efeitos físicos e sociais destas intercorrências. Os grupos de apoio estão entre estas iniciativas. Na literatura estes grupos possuem diversas estruturas e finalidades. Muitos

trabalhos apontam para a eficácia das intervenções grupais na melhoria da qualidade de vidas das pessoas com HIV/Aids (BALLESTER, 2003). Os grupos de apoio possibilitam um momento de reflexão, identificação, troca de experiências no enfrentamento desta situação nova, de viver com uma enfermidade crônica. Neste contexto, iniciou-se em julho de 2002 o "Grupo de Apoio aos Usuários da DI" (Doenças Infecciosas), no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), cujo objetivo é proporcionar momentos de reflexão sobre o cotidiano dessas pessoas, possibilitar o acesso a conhecimentos e a troca de experiências entre usuários com vivências comuns. O grupo é um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de desafios e pela busca de alternativas para superá-los. Permite a construção de vínculos, de acolhida, de respeito às diferenças e de reforço da autoestima e do autocuidado. **Objetivos:** relatar as atividades desenvolvidas no grupo de apoio aos usuários da DI como ferramenta de educação e promoção de saúde, e as suas repercussões na vida dos envolvidos. **Metodologia:** As reuniões do grupo são realizadas nas terças-feiras, das 14h às 16h, em local previamente definido. Trata-se de um grupo reflexivo, informativo e de apoio. Não se propõe ser um grupo psicoterapêutico, mas um grupo onde é possível trocar experiências, aumentando a percepção dos usuários sobre sua saúde, a responsabilidade com o tratamento, a defesa de seus direitos visando o resgate da cidadania. Além destes propósitos o grupo possibilita práticas de educação em saúde, principalmente relacionadas aos efeitos adversos dos medicamentos. **Resultados:** O tema abordado decorreu, além da observação empírica, de um estudo comparativo realizado por iniciativa da enfermeira responsável pelo grupo e uma acadêmica do curso de nutrição da Universidade Franciscana (UNIFRA), sob orientação de uma professora deste curso, com usuários do serviço de infectologia e do grupo de apoio da DI. Este estudo foi realizado no período de dezembro de 2008 a janeiro de 2009, com usuários em tratamento com HAART e usuários que não estavam usando os antirretrovirais, incluindo os participantes do grupo. Os dados foram coletados dos prontuários destes usuários em dois momentos: no início do tratamento com HAART e no momento em que o estudo estava sendo realizado.O estudo evidenciou que os indivíduos que utilizam os medicamentos possuem uma maior tendência a apresentar sinais que caracterizam a síndrome metabólica (REIS, 2009). Diante destes dados, promoveram-se atividades de educação em saúde no sentido de proporcionar um maior conhecimento do assunto, formas de prevenção, e intervenção considerando os fatores de risco que influenciam no aparecimento dos sinais e sintomas da síndrome metabólica, como a presença de diabetes, o aumento da circunferência abdominal causado pela distribuição irregular da gordura no corpo, osteoporose, hipertensão e problemas cardíacos. Para tanto, realizou-se primeiramente atividades incluindo discussões sobre formas de alimentação saudável, troca de receitas culinárias entre os participantes do grupo utilizando folhas, sementes e talos de legumes e vegetais, atividades físicas assistidas, caminhadas, avaliação nutricional individual, entre outras. Posteriormente refletiu-se sobre aspectos da realidade pessoal e coletiva que dificultavam a adoção de práticas saudáveis, bem como as implicações desta realidade sobre suas qualidades de vida, e finalmente um plano de ação conjunta com possibilidades de alteração das suas realidades, se assim fosse necessário. Buscou-se esta estratégia conjuntamente com o grupo por acreditarmos que a educação em saúde pressupõe uma combinação de situações que favoreçam a manutenção da saúde e sua promoção, não entendida somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução de sua vida, ou seja, educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania (OLIVEIRA, 2005). Diante do exposto conclui-se que há de ser considerado o contexto destas pessoas do ponto de vista social, econômico e ambiental para a superação destes problemas. Cabe ressaltar também a importância da atuação de uma equipe multiprofissional no acompanhamento e tratamento destes usuários, devido a complexidade nas suas manifestações clínicas e psicossociais, bem como, proporcionar um

atendimento baseado no princípio da integralidade, desfocado de uma visão exclusivamente biomédica. Começamos a vislumbrar outras possibilidades de desempenharmos com habilidade o papel de educadores em saúde, cientes que todos somos criativos, capazes de cumprir o nosso papel, estabelecendo negociações educativas e terapêuticas para que os usuários compreendam a linguagem da saúde que lhes permita escolher e tomar suas próprias decisões, tornando-os autores de sua própria história!

Referências

BALLESTER, A. R. Eficacia terapêutica de un programa de intervencion grupal cognitivo-comportamental para mejorar la adhesion al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infeccion por VIH/SIDA. Psicothema, Oviedo, v.15, p.517-523, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, jun. 2005. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php? Acesso em: 23 mar. 2011.

RASERA, E. F.; JAPUR, M. **Grupo** de **apoio para** pessoas **portadoras** do **HIV**: a construção da homogeneidade. Estudos de Psicologia, Natal, **v**. 8, n.1, **p.** 52-62. Disponível em:www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/view/.../2852 – Acesso em : 23 mar.2011.

REIS, SM; ANDRADE, CS; DURGANTE, VL; KARSTEN, VR. Perfil lipídico dos pacientes adultos HIV/Aids atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria-RS. In: XIX CONGRESSO DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2009, Gramado. Anais dos Simpósios de Especialidades em Cardiologia, Gramado: Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul- SOCERGS, 2009. p. 83.

47 ENSINO DO "PROCESSO DE TRABALHO" PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS GESTORES: UMA REFLEXÃO ACADÊMICA

PALAGI, Sofia
(Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem- FEn da Universidade Federal de Pelotas- UFPel. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde. Relatora E-mail: sofia.palagi@hotmail.com
)
SCHRADER, Greice
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel. Bolsista PET-Saúde.)

FERRAZZA, Anielle
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel. Bolsista PET-Saúde.)

JAKS, Caroline Daiane Weber
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel. Bolsista de graduação em monitoria da disciplina: Unidade do Cuidado de Enfermagem III.)

VIANA, Luisa Amoza
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel)

DAL PAI, Daiane
(Docente do Departamento de Enfermagem da UFPel, Doutoranda em Enfermagem PPGEnf/UFRGS)

Descritores: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Gestão em Saúde.

Introdução: O processo de trabalho da enfermagem, inserido no âmbito do trabalho em saúde, pode ser compreendido com base nas ações de assistir, gerenciar, pesquisar e ensinar, sendo a assistência e o gerenciamento os processos mais evidenciados no trabalho do enfermeiro (PERESE; CIAMPONE; 2006). Frente a essa questão, destaca-se a importância da temática "processo de trabalho" junto à formação em enfermagem, pois se acredita que se trata de um componente fundamental para o desenvolvimento de habilidades e competências para o gerenciamento do cuidado. Essa reflexão parte da observação acadêmica acerca de práticas de ensino que carecem de um aprendizado mais articulado ao processo de trabalho, tanto às bases conceituais deste referencial, quanto ao debate sobre o cotidiano. Agrega-se a isso, as estratégias pedagógicas que por vezes ficam centradas na figura do professor, que detêm a autonomia do conhecimento, gerando estratégias repetitivas, com aulas expositivas, e conseqüentemente criando um fluxo unilateral de comunicação, dificultando o desenvolvimento do pensamento crítico por parte do aprendiz, que na maioria das vezes assimila o que lhe é imposto, sem muitos questionamentos (STACCIARINI; ESPERIDIÃO; 1999). Assim, gera-se um aluno passivo, memorizador de conceitos e sem preparo para resolver questões práticas, fundamentadas na realidade do processo de trabalho a partir da perspectiva de todos os atores envolvidos, inclusive o estudante com sua percepção e autonomia na construção do conhecimento necessário para as demandas do cotidiano em saúde. Desta forma, acredita-se que os enfermeiros possam estar sendo colocados no mercado de trabalho despreparados, não tanto na dimensão técnica, mas no sentido do pensamento crítico, e em muitas vezes se tornando um profissional que não sabe o espaço-potencial de atuação do enfermeiro na gestão do cuidado em saúde. (STACCIARINI; ESPERIDIÃO; 1999). Diante disso, destaca-se o processo de trabalho na enfermagem com base nos seus elementos essenciais: o objeto, que pode ser

o corpo biológico ou a família em sua condição de existência; os instrumentos ou meios de trabalho, que são os saberes e os materiais necessários à produção; a finalidade ou o próprio trabalho, que pode ser entendida pelo conjunto de trabalhadores, podendo ser a produção do lucro, se tomarmos saúde como um bem de mercado, ou pode ser a defesa da vida e da cidadania, se tomarmos saúde como direito de todos; e o produto final pode ser percebido como o cuidado e a recuperação dos pacientes (OLIVEIRA et al; 2006). Tendo isso em vista, o objetivo do presente texto é refletir acerca do ensino do processo de trabalho do enfermeiro na graduação de enfermagem como elemento essencial para a formação de gestores do cuidado. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho, desenvolvido por acadêmicas do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem – Linha Processo de Trabalho, a cerca da importância de estudar o processo de trabalho do enfermeiro, bem como as habilidades necessárias para que este referencial potencialize o assistir, ensinar, pesquisar e gerenciar. Assim, esta reflexão foi construída com base em vivências acadêmicas e leituras acerca do assunto. **Resultados e discussões:** Durante a graduação, muitos alunos não percebem a relevância de se estudar o processo de trabalho na enfermagem, e muitas vezes dão preferência ao desenvolvimento de habilidades técnicas, pois muitos consideram o processo de trabalho como o exercício da burocracia, idéia associada à ineficiência administrativa. Ao encontro disso, é possível constatar que há carência deste aprendizado também para os profissionais que, apesar de já estarem inseridos no processo de trabalho, não fazem uso deste referencial para nortear o modelo assistencial e o gerencial utilizado nas práticas em saúde (CIAMPONE; KURCGANT; 2004). Frente a isso, destaca-se o papel das universidades, principal recurso para a formação de profissionais qualificados, pois estas possuem a responsabilidade de criar ambientes onde é possível construir competências individuais necessárias ao gestor, como liderança, trabalho em equipe, criatividade, tomada de decisão, planejamento, organização e determinação (CUNHA; NETO; 2006) Baseado nisso, podemos perceber a dificuldade de estabelecer estas competências, observando que esta prática deve ser desenvolvida desde do princípio acadêmico, para que durante a graduação o aluno possa construir sua forma de exercer a liderança frente a equipe de Enfermagem e a maneira de como se posicionar perante a equipe multiprofissional, além disso, é fundamental que aluno desenvolva a habilidade de improvisar, pois em muitos momentos terá que utilizar da criatividade para suprir a falta de algum material, e ainda é de responsabilidade do enfermeiro realizar o gerenciamento dos recursos tanto físicos, de materiais, humanos, financeiros, como os políticos e de informação, para que desta forma tente desenvolver a prestação da assistência de enfermagem de forma eficaz e com qualidade. Contudo, muitas são as competências necessárias aos enfermeiros na sua prática profissional, e desenvolvê-las é um grande desafio tanto dos órgãos formadores como de todos os atores envolvidos, ou seja, docentes, enfermeiros dos serviços e o próprio aprendiz (CUNHA; NETO; 2006). Cabe salientar a relevância do papel do estudante de enfermagem como protagonista do próprio aprendizado e como influenciador real ou potencial das práticas exercidas pelos profissionais dos serviços de saúde, por meio da educação permanente enquanto estratégia que se propõe a partir das demandas do processo de trabalho para construir caminhos e conhecimentos. **Conclusão:** Neste contexto, pode-se perceber que o processo de trabalho na saúde se destaca por não realizar o serviço em cima de coisas, objetos, e sim sobre pessoas, dessa maneira o resultado do trabalho em saúde não é materializável, como é na indústria, e devido a isso é um serviço que se funda numa grande inter-relação pessoal (CUNHA; NETO; 2006). Deste modo, observamos a importância de reforçar o conhecimento sobre este processo desde a formação acadêmica, pois assim os futuros enfermeiros podem superar o cotidiano imposto pelo sistema capitalista, e deixar de ser meros tarefeiros, e a partir deste processo de trabalho desenvolver uma assistência planejada e de qualidade, focando sua finalidade para transformação

do objeto, ou seja, garantir a recuperação do paciente por meio de um cuidado/assistência de enfermagem, pela própria ação terapêutica de saúde, e favorecendo a ação de cuidar para possibilitar a recuperação.

Referências

1. PERES, Ainda Maris; CIAMPONE, Maria Helena Trench. **Gerência e competências gerenciais do enfermeiro**. Texto Contexto Enfermagem. 2006 Jul-Set; 15 (3): 492-9.

2. STACCIARINI, Jeanne Marie R.; ESPERIDIÃO, Elizabeth. **Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem.** Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 59-66, dezembro 1999.

3. OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; LOPES, Thaís Azzoni; VIERA, Cláudia Silveira; COLLET, Neusa. **O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado**. Texto Contexto Enfermagem, 2006;15 (esp):105-13.

4. CIAMPONE, Maria Helena Trench; KURCGANT, Paulina. **O ensino de administração em enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais.** Revista Brasileira de Enfermagem. 2004 Jul-Ago;5 (4): 401-7.

5. CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; NETO, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes. **Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio?** Texto Contexto Enfermagem. 2006 Jul-Set; 15(3):479-82.

48 GESTÃO DE PESSOAS NA ENFERMAGEM EM ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: INDICADORES DE QUALIDADE

SANTOS, Tanise Martins dos
(Enfa. Mda. UFSM. E-mail: tanisems@yahoo.com.br)

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
(Enfa. Dra. Profa. UFSM)

Descritores: Enfermagem; Indicadores; Gestão de qualidade; Recursos humanos.

Introdução: As instituições hospitalares têm investido em serviços diferenciados para o atendimento das necessidades do segmento populacional para o qual orientam seus serviços, como a incorporação de sistemas integrados de atendimento aos seus pacientes e a busca pela qualidade da assistência, independente da natureza da organização. As tendências atuais buscam o aprimoramento dos serviços oferecidos e conseqüentemente a melhoria no restabelecimento da saúde da população. Nessa perspectiva, pode ser apontado o momento de grande competitividade enfrentado atualmente pelas organizações de saúde, e da busca pela qualidade no atendimento do paciente e da necessidade da adoção de novas tecnologias de ponta. Devido as constantes mudanças no mundo moderno, com as novas exigências do mercado na área da saúde, as novas formas de comportamento dos pacientes, o foco na qualidade dos serviços de saúde e o restrito número de estudos sobre o assunto, justificam-se a realização de pesquisas e a busca pela qualidade nos processos da assistência hospitalar. Com base nessas considerações, a questão que norteou esse estudo foi: Quais os indicadores encontrados na literatura especializada que são utilizados na gestão de pessoas e suas implicações na qualidade da assistência de enfermagem nos hospitais? **Objetivo:** O objetivo principal foi identificar os indicadores aplicados à gestão de pessoas na enfermagem na qualidade da assistência em instituições hospitalares brasileiras, além de objetivar a verificação do significado dos indicadores utilizados para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem e compreender as interferências dos indicadores na qualidade da assistência das instituições hospitalares. **Metodologia:** A pesquisa bibliográfica foi realizada nos padrões analítico-descritivo e a coleta de dados foi realizada através de buscas de periódicos indexados entre 2003 e 2010 em literaturas e em sites da área da saúde entre os meses de junho a novembro de 2010. As Bases de Dados Virtuais em Saúde consultadas foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (Medline) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).* **Resultados:** Foram encontrados nove artigos adequados ao tema e aos objetivos da pesquisa. A maior parte dos artigos concentrou-se nos últimos cinco anos, sendo um em 2010, quatro em 2009, dois em 2008, um em 2006 e um em 2003. Todas as pesquisas foram desenvolvidas na região sudeste do Brasil, precisamente em São Paulo e Rio de Janeiro. **Discussão:** Os artigos selecionados descrevem estudos relacionados aos indicadores de qualidade na gestão de pessoas na enfermagem. Alguns buscam a definição de elementos que subsidiem a construção de indicadores de qualidade a partir da realidade percebida pelos profissionais de enfermagem e identificam quais os indicadores usados na prática hospitalar, enquanto ainda relatam o uso de indicadores na gestão de pessoas a fim de melhorar a qualidade na assistência. Para as pesquisadoras Simões e Silva et al. (2009) a melhoria continua dos processos proposta pelos programas de Acreditação Hospitalar são diferenciais relevantes para as instituições de saúde, pois lhe confere a garantia de qualidade dos serviços. Assim, os autores apontam que no contexto atual os profissionais da área da saúde referem à necessidade de construção de indicadores

que objetivem a eficiência e a eficácia dos resultados organizacionais. Com base nessas tendências, que sugerem a necessidade de construção de indicadores de qualidade na gestão de pessoas em saúde, visando a melhoria da assistência prestada, pois além de acompanhar as exigências políticas, econômicas e sociais atuais na área da saúde, há o aprimoramento dos processos de trabalho. Assim, estão sendo realizadas pesquisas que apontam os caminhos para construção de indicadores de qualidade na gestão de pessoas e conseqüente reflexo de caráter prático na assistência. Os serviços de enfermagem ao estarem inseridos no contexto hospitalar necessitam trabalhar em parceria com as instituições hospitalares na superação das expectativas dos clientes internos e externos em busca da excelência da qualidade assistencial (SIMÕES E SILVA et al., 2009). O estudo de Vieira e Kurcgant (2010) aponta a falta de uso de indicadores na gestão de pessoas em saúde e em enfermagem, além do reduzido número de indicadores. No entendimento de Kurcgant et al. (2009) a não utilização de indicadores pode ser devido a carência de indicadores especificamente construídos que dêem consistência e respaldo as avaliações e decisões, associado a falta de conhecimento de como os enfermeiros vêm adotando os indicadores, com o objetivo de avaliar a qualidade do gerenciamento de pessoas na enfermagem (KURCGANT et al., 2009, p. 5). Pela incorporação de tecnologias é possível acelerar o processamento dos dados e socializar as informações, no controle e a avaliação da qualidade, o uso de indicadores que permitam a avaliação de resultados, analisando de forma integral os processos de trabalho, dispõe de menor número de profissionais e valoriza o desenvolvimento de competências. Os indicadores que implicam diretamente na qualidade dos serviços prestado são diversos, foram destacados pelos estudos os referentes a avaliação da gestão de pessoas, sendo alguns empregados com maior frequência por instituições hospitalares como, a taxa de absenteísmo, o índice de rotatividade de pessoal, número de horas de treinamento de pessoal e o índice de satisfação profissional (KURCGANT et al., 2009; LIMA e KURCGANT, 2009; VIEIRA e KURCGANT, 2010). Em pesquisa realizada por Simões e Silva et al. (2009) os participantes apontaram como indicadores de gestão de pessoas que possuem influência na qualidade da assistência, a distribuição de técnico de enfermagem por leito, as horas de treinamento de profissionais de enfermagem e a distribuição de enfermeiro por leito, a taxa de absenteísmo e a taxa de rotatividade de enfermagem. Entretanto, Kurcgant, Melleiro e Tronchin (2008) salientam que os indicadores consagrados mencionados pelas entrevistadas são examinados quantitativamente, mas precisam também ser analisados qualitativamente para a descoberta de causas e motivos que levam o profissional ao absenteísmo e a rotatividade, por exemplo. Nesse sentido, alguns participantes de outros estudos citam o dimensionamento, o treinamento, o desenvolvimento e o desempenho profissional/pessoal como possíveis elementos constitutivos para construção de novos indicadores de qualidade (KURCGANT et al., 2009; LIMA e KURCGANT, 2009; VIEIRA e KURCGANT, 2010). Nos resultados da pesquisa encontrou-se que os estudos sobre o assunto ainda estão sendo desenvolvidos e indicadores estão em fase de construção, a partir de elementos apontados pelos profissionais que vivem a realidade dos serviços. A escassa literatura disponível sobre indicadores de gestão de pessoas vem impedindo muitas vezes a comparação com outros resultados. Além disso, os estudos ainda são muito restritos regionalmente, havendo a necessidade de novas pesquisas em outros cenários e realidades, validando indicadores que deverão ser utilizados nacionalmente para a excelência dos serviços de saúde e qualidade na gestão de pessoas, em instituições públicas ou privadas de saúde. No entanto, foi constatada a forma empírica ainda praticada pelos enfermeiros no uso de indicadores de qualidade na gestão de pessoas na enfermagem, delineando a necessidade de mais pesquisas sobre o assunto a fim de embasar cientificamente o uso de indicadores e o alcance da qualidade dos serviços de enfermagem nas instituições hospitalares. **Considerações finais:** Hoje não se consegue mencionar o sucesso de uma instituição sem considerar o desempenho de seus profissionais, ou colaboradores. O bem-estar e a

satisfação dos profissionais refletem diretamente na qualidade dos serviços prestados, principalmente quando o atendimento é realizado em situações adversas como no caso da área da saúde. Ao pensar uma organização como a unidade de vários profissionais desempenhando processos que visam um mesmo objetivo, somente o investimento no profissional poderá propiciar o êxito da organização. Deste modo, ao avaliar a qualidade de um serviço, deve-se valorizar o profissional, criando condições para realização profissional e satisfação com o trabalho. Ratificando a idéia das autoras dos artigos analisados, somente por meio da investigação de elementos para construção de indicadores em diferentes cenários hospitalares no Brasil será possível a definição dos principais indicadores ou de indicadores específicos para cada região e a posterior validação desses.

Referências

KURCGANT, P. et al. Indicadores de qualidade e a avaliação do gerenciamento de recursos humanos em saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP,** São Paulo, v. 43, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600004> Acesso em: 09 set. de 2010.

KURCGANT, P.; MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília (DF), v. 61, n. 5, p. 539-544, set./out. 2008.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília (DF), v. 62, n. 2, p. 234-239, mar/abr. 2009.

SIMÕES E SILVA, C. et al. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.,** Porto Alegre (RS), v. 30, n. 2, p. 263-271, jun. 2009.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paul. Enferm.,** São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000100002&script=sci_arttext> Acesso em: 13 de out. de 2010.

49 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA SOB A ÓPTICA DO FLUXOGRAMA ANALISADOR

PALMA, Josiane Santos
(Enfermeira. Discente regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. josiane.enfermeira@hotmail.com)

THOFEHRN, Maira Buss
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas)

AMESTOY, Simone
(Enfermeira. Discente regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente da Universidade Federal de Pelotas)

FERRAZZA, Anielle
(Docente do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde)

JAKS, Caroline Daiane Weber
(Docente do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista do Programa de Bolsas de Graduação – PBG)

Descritores: Processo de Trabalho, Atenção Básica, Avaliação em Saúde, Enfermagem.

Introdução: A enfermagem e as demais áreas da saúde precisam ser compreendidas a partir de seu processo de trabalho e, para tanto, são cabíveis discussões sobre tal processo levando em consideração que as ações na saúde são geralmente coletivas, havendo a necessidade do envolvimento de todos os profissionais nos processos decisórios para o desenvolvimento dos projetos de intervenção (THOFEHRN, 2005). À Estratégia Saúde da Família (ESF) cabe o papel de ser a porta de entrada do usuário na Atenção Básica, e entrelaça-se aos instrumentos do processo de trabalho em saúde na medida em que ambos devem oferecer respostas às necessidades de saúde da população. Estes instrumentos, conforme Thofehrn (2005) servem para suavizar e facilitar a execução do trabalho em saúde, sendo um intermediário entre a força e o objeto de trabalho. Neste caso específico, entre a equipe e os usuários do SUS, respectivamente. Desprovido de materialidade, o processo de trabalho em saúde tem como produto a própria realização da atividade, que tem como finalidade a ação terapêutica de saúde e como objeto o indivíduo ou os grupos que necessitam de medidas para prevenção, promoção da saúde e cura (PIRES, 1998). Apesar de avanços sustentados em ampla legislação sobre o tema, a ESF revela-se, muitas vezes, tendenciosa à divisão parcelar do trabalho e dos indivíduos, com fragmentação de tarefas que favorecem a perda da noção de totalidade pelo profissional de saúde. Justifica-se, portanto, o estudo do processo de trabalho neste espaço, a partir do instrumento do fluxograma analisador proposto por Merhy e Franco (2003), que amplia a compreensão dos profissionais de saúde sobre como se desenvolve seu processo de trabalho, tendo como foco central o usuário. **Objetivo:** descrever o processo de trabalho em uma Unidade de Saúde da Família (USF) a partir da construção do fluxograma analisador. **Metodologia:** partindo da abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória (MINAYO, 2008), este estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família situada no sul do Brasil utilizando-se da observação simples ao longo do primeiro semestre de 2009. Obteve-se

parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sob número 23/2009. **Resultados:** A Unidade de Saúde da Família (USF) atendia aproximadamente a uma população de 8.700 habitantes, distribuídos em cerca de 2.700 famílias. Contava com três equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas em 2002, compostas por dois médicos, três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, dois odontólogos e onze Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Durante o período do estudo, as equipes encontravam-se incompletas por falta de médico e ACS, o que dificultou o atendimento aos usuários. Ainda, no quadro de funcionários, a Unidade dispunha de uma nutricionista e uma assistente social. Foi observado que, diariamente cada médico prestava doze consultas aos usuários de suas equipes, por meio de fichas ou agendamento. Os usuários da equipe por hora sem médico eram atendidos somente em casos graves, nos intervalos entre uma consulta e outra pelo profissional disponível no momento. Além disso, duas consultas poderiam ser destinadas à população residente num loteamento próximo, não coberto por outra Unidade, caso fosse necessário. Os enfermeiros organizavam seu trabalho a partir do agendamento, das ações programáticas e do atendimento a demanda. Duas vezes por semana atendiam cerca de vinte crianças de zero a cinco anos em puericultura. De duas a três coletas de exame citopatológico de colo uterino (CP) e teste do pezinho eram realizados por semana. Grupos do programa do Ministério da Saúde (MS) destinado a atender os portadores de hipertensão e diabetes, e visitas domiciliares eram realizadas apenas uma vez por semana, além dos relatórios de produtividade dos ACS. Os técnicos de enfermagem permaneciam a maior parte do tempo no atendimento a demanda e no preparo de material para curativos e coleta de secreções. Quando não previamente agendados em consulta médica, os usuários eram chamados por profissionais de enfermagem que realizavam a primeira escuta e procediam a avaliação na sala de enfermagem. Os casos considerados mais graves eram repassados aos médicos. De um modo geral, todos os usuários chegavam à recepção solicitando intervenção sobre a sua queixa. A oferta de atendimentos foi alvo de estranhamento entre equipes e usuários da Unidade. Muitas pessoas pernoitavam na calçada da Unidade, chegando ainda na metade da tarde do dia anterior ao atendimento. Observou-se compra e venda de lugares na fila. Evidentemente, a maioria dos usuários que não era contemplada com fichas para atendimento médico sobrecarregava os profissionais de enfermagem durante as avaliações. Aproximadamente cinquenta atendimentos de enfermagem eram realizados todos os dias. Atrasos por parte dos recepcionistas, responsáveis pela abertura da Unidade foram frequentes. Paralisações do funcionalismo público municipal reivindicando reajuste salarial entre outros benefícios, ocorridas durante o período do estudo atrapalharam e acabaram por aprisionar o trabalho vivo, transformando-o em trabalho morto, aquele em que segundo a concepção de Merhy e Franco (2003) o trabalhador não consegue exercer nenhuma ação autônoma sobre ele. Coletadas as informações, procedeu-se a construção dos fluxogramas analisadores. O fluxograma analisador é baseado nas concepções de cartografia, mapeando os fluxos do processo de trabalho por meio de representações gráficas sistematizadas num diagrama. Seus símbolos são padronizados universalmente em elipses e retângulos, que indicam, respectivamente, a entrada ou a saída dos processos, e o consumo de recursos ou produtos. Losangos e quadrados representam a mediação entre estas etapas, ou seja, os momentos de decisão em relação às opções dentro de um cardápio de ações (REIS, DAVID, 2010). Partindo desses princípios, foram construídos três fluxogramas, detalhando a rotina dos usuários e a organização do processo de trabalho dos profissionais a partir da fila – para atendimento em consulta médica e consulta de enfermagem, e também pelo agendamento. Constatou-se que, apesar do pequeno número de fichas distribuídas para atendimento médico diário, os usuários da USF em estudo recebiam amplo respaldo da equipe de enfermagem na resolução das demandas apresentadas. O atendimento às ações programáticas do Ministério da Saúde, voltadas a crianças, gestantes, idosos e doentes crônicos responde de modo geral aos seus

propósitos estabelecidos. Na maioria dos problemas referidos pelos usuários, não há necessidade de encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade. A recepção detém o poder de contingenciar os atendimentos, e as atividades de cunho burocrático, organizacional e gerencial ficam prejudicadas em virtude da grande demanda espontânea. **Conclusões:** algumas questões pertinentes ao processo de trabalho destas equipes estão em desacordo com o preconizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), como o baixo número de visitas domiciliares, a inexistência de reuniões internas como educação permanente e ações intersetoriais, a falta de estímulo ao controle social e a excessiva demanda espontânea. A construção do fluxograma analisador permitiu visualizar tanto o amoldamento do processo de trabalho instituído neste serviço quanto à possibilidade de sua remodelação superando os nós críticos, desencadeando um processo de auto-análise grupal.

Referências

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11ª ed. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 2008.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; São Paulo: Annablume, 1998.

REIS, V. M. ; DAVID, H. M. S. L. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. Revista APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

THOFEHRN, M.B. Teoria dos vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem. 2005. 318 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

50 AS MATRIZES DAS CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE ENFERMEIROS QUE ATUAM NO CONTEXTO HOSPITALAR

RIGON, Angelita Gastaldo
(Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFSM. Enfermeira do Centro de Transplante de Medula Óssea do HUSM. E-mail: enfangel@ibest.com.br

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGEnf)

Descritores: Educação em saúde; Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Hospitalização.

Introdução: A prática de enfermagem situa-se como um trabalho complexo, que combina três ações básicas e indissociáveis: o cuidado, a gerência e a educação em saúde (LEOPARDI; GELBCKE e RAMOS, 2001). Dessa forma, a dimensão do educar que se apresenta por meio das ações educativas consolida-se no trabalho da enfermagem, com atuação dos profissionais enfermeiros como mediadores do processo ensino-aprendizagem num processo fundamental para a promoção da saúde. Na vivência profissional, atuando em unidades de internação hospitalar, observou-se que a educação em saúde neste nível de atenção em saúde é enfocada como inerente à prática diária, mas em sua maioria, mantêm-se sob a perspectiva da transmissão de um conhecimento de forma vertical e que pouco tem sido utilizada como uma ferramenta de promoção da saúde, visando a autonomia e a transformação da realidade. Ainda assim, alguns enfermeiros utilizam pedagogias ativas, principalmente os formados há pouco tempo ou os que mantém contato com a academia. Tal inquietação levou ao questionamento de como os conceitos de educação em saúde foram construídos na trajetória pessoal e profissional desses enfermeiros e como isso reflete em sua atuação profissional. De acordo com Vygotsky (1999) a criança nasce inserida num meio social, que é a família (primeiro ambiente de aprendizado), e que nela estabelece as primeiras relações com a linguagem na interação com os outros. Portanto, o conhecimento tem gênese nas relações sociais, sendo produzido na intersubjetividade e marcado por condições culturais, sociais e históricas. Assim, pode-se entender que se reflete no mundo o aprendizado desenvolvido durante as experiências de vida. Concordando com Vygotsky, acredita-se que para educação em saúde o reflexo de como se aprendeu a aprender, ou seja, a forma como experienciamos a aprendizagem e os conhecimentos na infância será determinante para o modo como o faremos no futuro. Entende-se que os profissionais enfermeiros trazem o aprendizado das experiências na rede familiar como base para seu trabalho em educação em saúde no decorrer da vida profissional. Isto é ratificado ao lembrar que na primeira infância o meio familiar "é o mundo do indivíduo" e as opções são as vividas nesse contexto sócio-cultural-familiar, formando conceitos em um indivíduo com pouca experiência. Posteriormente "o mundo desse" sujeito se ampliará na academia e então decidirá, entre as várias opções de conceitos, tendo por base as já vividas e as inter-relações. Desse somatório, acredita-se que resultará a forma de conceber e atuar de cada profissional enfermeiro. **Objetivos:** conhecer as matrizes das concepções de educação em saúde dos enfermeiros que atuam em unidades de internação hospitalar; discutir como isso repercute em sua prática cotidiana. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja produção de dados desenvolveu-se de forma participatória por meio do Método Criativo Sensível (MCS). Foram desenvolvidas Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade (DCS), pois entende-se que estas criam espaços de discussão e

reflexão, levando os sujeitos da pesquisa a problematizarem as suas práticas vivenciais e existenciais, utilizando-se tanto da linguagem quanto de representações simbólicas, em um cruzamento de sentidos que falam e geram um conhecimento que é coletivo. A DCS Tecendo Histórias objetivou trazer à tona na coletividade a construção histórica-social-pessoal de cada um dos sujeitos sobre educação em saúde, explicitando problemas e dificuldades individuais que possam ter raízes sociais coletivas. Esta dinâmica utilizou como Questão Geradora (QG) "como a educação em saúde se construiu ou vem se construindo na sua história?" O cenário de estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A população foi composta por 61 enfermeiros atuantes em unidades de internação nas diversas áreas do hospital independente do turno de trabalho, excluindo-se os que atuam no pronto socorro, CTI adulto, UTI pediátrica e neonatal, psiquiatria, centro obstétrico, bloco cirúrgico e salas de recuperação. Os sujeitos participantes foram 10 enfermeiros sorteados de forma aleatória dentre a população e que aceitaram participar das DCS**.** Os dados foram submetidos Análise de Discurso (AD) em sua corrente francesa. **Resultados e discussão:** A partir das enunciações discursivas, identificou-se que as concepções de educação em saúde dos sujeitos tiveram suas matrizes nas raízes socioculturais familiares, corroborando que a formação da criança na rede familiar é determinante para o profissional adulto, refletindo na sua maneira de ver as pessoas, o mundo e a agir sobre e com ele. Freire (1997) pontua que a relação contraditória entre o que adquirimos em nossas experiências sociais, culturais, de classe, ideológicas interfere de forma vigorosa, através do poder dos interesses, das emoções, dos sentimentos, dos desejos, do que se vem costumando chamar "a força do coração" na estrutura hereditária. Não somos, por isso, nem só uma coisa nem só a outra. Nem só, repetimos o inato, nem tampouco o adquirido, apenas. Ainda, pautado nas enunciações dos sujeitos, no decorrer de sua formação profissional essas concepções foram se moldando na academia e nas vivências cotidianas. Destaca-se aqui a necessidade de reflexão acerca de como a academia tem trabalhado para formação e prática da educação em saúde, considerando a influência das experiências prévias dos educandos a partir de sua formação familiar. Assim como na pedagogia libertadora freireana acredita-se que, como parte-se da realidade do paciente ao trabalhar a educação em saúde, também os professores devem considerar as experiências anteriores, valores e cultura que os futuros enfermeiros possuem, ampliando-as e dando-lhes oportunidade de uma vivência dentro da possibilidade de escolha consciente. Evidenciaram-se, também, nos discursos, as diferentes correntes pedagógicas para trabalhar educação em saúde. Os achados apontam que a corrente pedagógica tradicional está mais presente na formação em instituição privada. Oliveira (2005) denomina esta corrente de educação em saúde tradicional, fundamentalmente influenciado pelas tradições da biomedicina. O tempo de formação do profissional e o distanciamento da academia também contribuem para o modelo tradicional. Já nos discursos dos demais, nota-se uma aproximação com o ensino libertador/criativo, que, segundo Reibnitz e Prado (2006), caracteriza-se pela reflexão crítica dos sujeitos envolvidos no processo de ensino/aprendizagem, atuando ou intervindo no seu transcurso, para transformação de um resultado ideal em real. Os enfermeiros entendem e valorizam a necessidade da base científica, mas é necessário refletir e discutir sobre a academia ainda priorizar ou não o saber científico em detrimento do saber popular ou se o primeiro é permeado pela valorização do conhecimento dito popular ou realidade do sujeito, tornando as ações de educação em saúde mais próximas da realidade dos sujeitos e consequentemente mais efetivas. **Conclusões:** as concepções de educação em saúde dos enfermeiros que atuam nas unidades de internação hospitalar têm sua construção nas matrizes sócio-histórico-culturais do meio familiar, perpassam pela escola e ampliam-se na academia onde encontram raízes teórico-filosóficas. E continuam se ampliando/aprofundando nos estudos de pós-graduação, mas é na prática diária que os enfermeiros têm o encontro do aprendizado da infância até a formação com o vivido na realidade da atuação profissional. Neste

contexto, cada um desenvolve sua prática conforme o resultado desse somatório, resultando em uma miríade de formas de praticar educação em saúde, muitas vezes, com uma mesma população. Sugere-se que haja um trabalho continuado com a equipe de enfermeiros no sentido de trocas de experiências e consequente ampliação do universo promovendo a construção de uma filosofia institucional que valorize as experiências e cada profissional.

Referências

FREIRE P. Pedagogia do oprimido. 17ª. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. v.10, n. 1, p. 32-49, jan/abril. 2001.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. 3, n. 13, p. 423-31, mai/jun 2005.

REIBNITZ KS; PRADO ML. Em busca de metodologias ativas: possibilidades e desafios da metodologia problematizadora. In: Reibnitz KS; Prado ML. Inovação e educação em enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, p. 223-239, 2006.

VYGOTSKY, L. S. **Pensamento e linguagem.** 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 135p.

51 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UM CURSO DE DOMA RACIONAL

LANGE, Celmira
(Enfermeira, Doutora e Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel; Líder do NUCCRIN e Coordenadora do Projeto de Extensão Primeiros Socorros no Curso Doma Racional Email: celmira_lange@terra.com.br/ celmira_lange@ufpel.edu.br)

JUNG,Bianca
(Acadêmica do 6° semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas-UFPel. Bolsista de Graduação (Monitora) Avenida Duque de Caxias, 103. Pelotas/RS- CEP: 96030002 E-mail: biajung@bol.com.br)

OLIVEIRA, Maria José Santos
(Acadêmica do 6° semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas-UFPel Pelotas/RS E-mail: maria_santos_rs@yahoo.com.br)

Descritores: Enfermagem, Educação em Saúde, Primeiros Socorros

Introdução: este trabalho relata a experiência dos acadêmicos de Enfermagem em um curso de Doma Racional e Linguagem Corporal com cavalos não domesticados. A participação dos acadêmicos de enfermagem no curso foi por meio de palestras, oficinas, orientações e atendimento à saúde em casos de intercorrências e/ou acidentes, prestando o primeiro socorro. De acordo com Oliveira (2002), primeiro socorro é todo e qualquer auxílio prestado a uma vítima de trauma ou mal súbito, quer seja em ambiente pré-hospitalar ou hospitalar, utilizando-se de técnicas próprias a cada situação. A finalidade desse socorro urgente é o de manter a vida e prevenir agravamento de lesões existentes até a chegada de ambulância ou durante o transporte até a instituição hospitalar Segundo Bortolotti (2008), a situação de emergência requer um atendimento imediato e em tempo hábil para evitar agravos à saúde. Para ter um atendimento competente e com respeito aos direitos dos pacientes, o profissional deve estar preparado tanto técnica como eticamente. Daí a importância de uma equipe de saúde (professor e acadêmico de enfermagem) estar presente no local em que ocorre a parte prática, a doma racional do cavalo e seu domador, em caso de acidente a equipe de saúde intervêm com atendimento pré-hospitalar. O Doma Racional e Linguagem Corporal é um processo de domesticação de cavalos, em que se busca desenvolver o entendimento e a cooperação entre cavalo e domador, baseada sempre na confiança e no respeito mútuo. Este curso preconiza a não violência ao animal durante o processo de domesticação pelo homem. Este é um curso oferecido anualmente, promovido em parceria com as seguintes instituições: Universidade Federal de Pelotas, Associação Rural de Pelotas e Estância Ginkgo. Participam deste curso pessoas de diferentes faixas etárias, exceto crianças; de diversas localidades do país e do exterior. Os participantes do curso eram estudantes, empresários, profissionais liberais e de atuação profissional distinta, entre outros. A importância da participação dos acadêmicos de enfermagem neste tipo de evento contribui na formação profissional do futuro enfermeiro, aliado a uma prestação de serviço à comunidade. Em caso de intercorrências durante o período da doma. Diante do exposto, apresenta-se o seguinte **objetivo**: relatar a experiência dos acadêmicos de enfermagem em participar de um evento de doma racional de cavalos **Metodologia:** é um relato de experiência em que os acadêmicos realizaram palestras, oficinas voltadas para a prevenção de agravos à saúde dos domadores. Estas palestras e oficinas ocorriam intercaladas com as atividades programadas, durante os dez dias no período diurno, manhã e tarde, do curso da Doma Racional e Linguagem Corporal Este curso foi realizado

do dia 13 a 22 de novembro de 2009. As palestras e oficinas eram proferidas pelos acadêmicos de semestres variados com a orientação e assessoramento de um professor e/ou mestrando da faculdade de Enfermagem da Ufpel. Fora do horário da palestra e da oficina, dois acadêmicos e um professor e/ou mestrando permaneciam em um sistema de plantão para eventuais incidentes com os domadores. Os plantonistas eram revezados em cada turno. **Resultados**: foram realizadas dezoito palestras/oficinas em que se abordou prevenção de acidentes e doenças, assim como noções básicas de primeiro atendimento em casos de mal súbito e acidentes. Assuntos abordados: prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), da gripe A (H1N1), de quedas, Suporte Básico de Vida (SBV), teórico e prático, fraturas, imobilização e transporte de acidentados, queimaduras em geral com destaque para insolação, desmaio e convulsão, engasgo diabetes e hipertensão, corte ferimentos, hemorragia, orientações sobre vacinação contra rubéola, entre outros A preocupação dos organizadores do curso da Doma Racional e Linguagem Corporal em convidar a faculdade de enfermagem como parceira de seu curso está na responsabilidade dos mesmos em garantir a segurança, bem-estar e oferecer noções básicas de saúde. A educação em saúde voltada para a prevenção e promoção da saúde pode influenciar no comportamento individual e coletivo da sociedade De acordo com Pires (2002), o conhecimento sobre os procedimentos de primeiros socorros deveria ser de domínio público, pois os acidentes acontecem em todos os lugares: em casa, na escola, no trânsito, no trabalho, nas ruas, ou no lazer. E acontecem com as mais variadas situações exigindo assistência imediata e qualificada.. A faculdade de Enfermagem colaborou com a participação de quarenta e cinco acadêmicos, quatro professores e quatro mestrandos durante o evento da Doma com palestras e plantões no local. Ainda fez-se um controle de Pressão Arterial (PA) diário antes do início das atividades e Hemoglicoteste (HGT) nos participantes desejosos deste teste. Dentre esses participantes uma minoria eram hipertensos em uso ou não de medicação, e nenhum dos que fizeram o HGT eram diabéticos. Todos os atendidos receberam orientação individual sobre a prevenção e os cuidados com a hipertensão arterial. Além disso, os participantes procuraram a equipe de enfermagem para esclarecimento de dúvidas e consultas de enfermagem. A equipe de enfermagem prestou cuidados a pequenos ferimentos e queimaduras por corda com curativos em vários participantes, assim como orientação e intervenção em dois ou três participantes que apresentaram indícios de síncope. Os incidentes mais graves ocorridos durante este curso foi de um participante ter recebido um golpe de pata do cavalo, atingindo de leve a região abdominal sem maiores conseqüências; e outro participante contrariando as orientações e normas do curso de Doma Racional e Linguagem Corporal sofreram queda do cavalo também sem lesões, mesmo assim ambos foram levados para a avaliação médica. Essa inserção da faculdade de enfermagem e em especial os acadêmicos em atividades extracurriculares propicia conhecimento profissional e divulga o exercício da profissão. **Conclusões:** salienta-se que foi de grande importância a experiência em atuar fora das unidades de saúde como, por exemplo. UBS (Unidade Básica de Saúde) e Unidades hospitalares, o que proporcionou-nos uma maior aprendizagem e interação intersetorial A oportunidade de atuar em questões de saúde possibilitou para os acadêmicos de enfermagem agregar conhecimentos em diferentes áreas do saber ainda não vivenciadas, como o manejo racional de cavalos, baseado na confiança e no respeito mútuo entre o domador e o cavalo. Portanto, considerou-se relevante a participação dos acadêmicos de enfermagem nas diferentes áreas do conhecimento para a troca de saberes e crescimento profissional.

Referências

Bortolotti, F. **Manual do Socorrista**. Porto Alegre: Expansão editorial, 2008.

Oliveira BM. Trauma - **atendimento pré-hospitalar**. São Paulo (SP): Atheneu; 2002.

Pires MT. **Manual de urgências em pronto-socorro**. 7° ed. Rio de Janeiro (RJ): MEDSI; 2002. Disponível em: http://www.domaracional.com.br/Doma.htm acessado em 18.04.11.

52 EXPERIÊNCIA DE ENFERMEIROS NA CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA POR PRESSÃO

CHEROBINI, Márcia Dal Bem
(Enfermeira especialista em Terapia Intensiva pela UNIFRA. Enfermeira gerente da Unidade Clinica Médica II do HUSM/UFSM. Vice coordenadora do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM. Email: marcinhacherobini@yahoo.com.br)

SOARES, Rhea Silvia de Ávila
(Enfermeira Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Internacional de Curitiba. Enfermeira da Unidade Cirúrgica do HUSM. Coordenadora do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM/UFSM)

TIMM, Arlete Maria Brentano
(Enfermeira Mestranda em enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Membro do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM. Enfermeira assistencial do HUSM/UFSM/RS)

PRADELLA, Fernanda de Fátima Ferreira
(Enfermeira Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem pela IAHCS. Membro do Grupo de Estudos de Lesões de Pele (GELP) do HUSM. Enfermeira assistencial da Clínica Médica I do HUSM-UFSM)

RIZZATTI, Salete de Jesus Souza
(Enfermeira Especialista em Projetos Assistenciais pela UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem e Membro do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM. Enfermeira assistencial do HUSM/UFSM/RS)

PADILHA, Priscila Kelly Dias
(Enfermeira Especialista em Saúde da Família pela Faculdade Internacional de Curitiba. Membro do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM. Enfermeira assistencial na unidade de internação pediátrica do HUSM/UFSM)

Descritores: Enfermagem, Úlcera por pressão, Protocolos.

Introdução: Atualmente, em todo o mundo, a expectativa de vida vem avançando e as populações envelhecendo, nesse sentido as doenças crônicas assumem um importante papel. Uma das situações freqüentemente encontradas são pessoas acamadas, com úlceras por pressão (UPP) ou com risco para desenvolvê-las. Essas podem ser definidas como uma lesão localizada da pele e/ou tecido subjacente, superficial ou profunda, de etiologia isquêmica, normalmente sobre uma proeminência óssea, em resultado da pressão ou de uma combinação entre esta e forças de torção (NPUAP/EPUAP, 2009). No Brasil, existem estudos isolados em termos de prevalência e incidência de UPP, sendo esses os elementos capazes de demonstrar a amplitude do problema (Martins e Soares, 2008). Alguns estudos desenvolvidos em Hospitais Universitários no Brasil apontam para índices de incidência de UPP de 39,8% (Rogenski e Santos, 2005) e em outro estudo 41,37 % (Blanes e Calil) Na prática clínica dentro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) tem sido detectado, empiricamente, elevado número de pacientes com UPP. Isto tem causado inquietação não só pelo desconhecimento do número de pacientes acometidos até o momento, como pela inexistência de um protocolo de prevenção e tratamento que possibilite uma assistência e conduta uniforme, com embasamento teórico e prático, entre a equipe multidisciplinar. O uso da palavra Protocolo, na área clínica recente não foi encontrado na literatura disponível, um conceito claro, que contempla esta área de aplicação. Para a epidemiologia clínica ele é um instrumento com base científica que padroniza e normatiza a linguagem técnico-operacional na

condução de entidades clínicas semelhantes. Sendo que as UPPs constituem um problema no processo de atenção à saúde, especialmente para a equipe multidisciplinar, pela incidência, prevalência e particularidades de tratamento, além de afetar a qualidade de vida de seus portadores e aumentar os custos da assistência. Para isso, é necessário que enfermeiros e toda a equipe multidisciplinar esteja comprometida em conhecer e entender o que são as UPPs, suas causas e os fatores de riscos, a fim de implementar ações efetivas de prevenção e tratamento. Este contexto motivou a elaboração de um protocolo assistencial de prevenção e tratamento de UPP no Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM), pelo Grupo de Estudos em Lesões de Pele (GELP). O GELP é formado por enfermeiros, nutricionista e fisioterapeuta em atividade na instituição. A construção deste protocolo teve como finalidade padronizar e qualificar a assistência de enfermagem prestada às pessoas acometidas e com risco para UPPs internadas no HUSM. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiros na construção do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de UPP. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência com enfermeiros, participantes do GELP, na construção de um protocolo. Após estudos, pesquisas e discussões em reuniões do GELP, formaram-se pequenos grupos para planejar atividades inerentes ao Protocolo. Para a construção do protocolo, inicialmente foi composto um grupo com seis enfermeiros, que reuniram-se em uma sala destinada para este fim na clinica cirúrgica, localizado no 3º andar do HUSM, com encontros semanais de duas horas. Este grupo tem na sua concepção o trabalho multidisciplinar, assim, participaram desta construção outros profissionais , como uma nutricionista e médicos de várias especialidades, os quais elaboraram normas específicas–às suas áreas de atuação. A construção do referido protocolo esta concluída em sua primeira versão a próxima fase será de sensibilização e capacitação das equipes multidisciplinares. Esta fase a ser desenvolvida a seguir da etapa de conclusão do protocolo esta sendo elaborada pelo GELP, em parceria com o NEPE (Núcleo de Educação Permanente) e DEPE (Departamento de Ensino Pesquisa e Extensão). **Resultados e Discussões:** A construção do protocolo foi desafiadora, uma vez que estes não fazem parte de nossa vivência profissional, porém as evidencias apontam que esta será uma necessidade nos serviços de saúde, pois poderá conter informações relevantes para prevenção e tratamento de UPP. A assistência prestada pela enfermagem, deve preferencialmente seguir o modelo assistencial da instituição. Portanto, para a criação dos seus protocolos, a enfermagem deve orientar-se segundo o modelo da assistência definido pelo Hospital Universitário de Santa Maria.

A construção da assistência à saúde com enfoque interdisciplinar e a necessidade de organização do processo de trabalho com base multidisciplinar tem formado e gerado novas ações assistenciais. A enfermagem como integrante da equipe multiprofissional de saúde, deve buscar este enfoque na construção dos seus protocolos, considerando sua presença constante no processo de trabalho e a inserção na sua prática da atitude de articulação com os demais profissionais de saúde. Ao revisar e traduzir toda a tecnologia disponível com vistas à sistematização da assistência, o processo de criação dos protocolos deverá propiciar uma oportunidade para a enfermagem rever todo o seu processo de trabalho, de forma descentralizada e participativa. A proposta do grupo é de que o protocolo seja seguido por todos os profissionais da área da saúde no HUSM, após capacitação dos mesmos. Este protocolo foi elaborado para aplicação em pacientes maiores que 5 anos de idade. Uma das ferramentas que será utilizada para avaliação de prevenção e o grau de risco é a escala de Braden, que contém dados relevantes ao Indicador de qualidade para UPP quanto à presença ou ausência de UPP, umidade, origem, localização e estágio. O uso desta escala permite a mensuração objetiva de UPP que o paciente apresenta e fornece subsídios para a elaboração do diagnóstico de enfermagem de risco para prejuízo da integridade da pele, bem como a conduta a ser seguida. Esta escala nos informa os parâmetros de risco: (sem risco – 19 pontos ou mais; baixo risco – 16 a 18

pontos; risco moderado- 13 a 15 pontos; alto risco – 12 pontos ou menos). Os pacientes **sem risco** (escore ≥ 19) e **risco baixo** (escore de 16 a 18) deverão ser avaliados a cada 72 horas e os pacientes com grau de **risco moderado e alto** (escore ≤ 15) a cada 24 horas. Ainda, a escala nos permitirá uniformizar as condutas no tratamento de lesões, uma vez que esta escala já foi apresentada no treinamento dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP). **Conclusão**: O protocolo de prevenção e tratamento de UPP é uma estratégia de atenção aos usuários na medida em que qualifica o cuidado prestado, com repercussão no indicador de qualidade assistencial de enfermagem através da redução da incidência da UPP. Esta iniciativa liderada por enfermeiros representa um esforço do GELP que integra várias equipes profissionais na instituição. A construção deste protocolo nos proporcionou refletir sobre cuidados e prevenção para UPP e acreditamos que foi uma etapa, muitas, estimula os profissionais de enfermagem a continuar os estudos e as pesquisas buscando a assistência integral no que se refere à prevenção das UPPs, reduzindo as possibilidades de intercorrências indesejadas nas condutas. Os desafios são contínuos na busca de oferecer para as pessoas que buscam os serviços de saúde uma assistência multiprofissional de qualidade e humanizada.

Referências

Rogesnki NMB, Santos VLCG. Estudos sobre a incidência de ulceras de pressão em um hospital universitário. Ver. Latino-am Enferm [periódico na Internet]. 2005 Jul/Ago [acesso em 2005 Jul 15]13(4). Disponível em: www.scielo.br.

FERNANDES, Luciana Magnani: CALIRI, Maria Helena Larcher. **Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva.** Rev. Latino-Am de enfermagem vol.16 n° 6 Ribeirão Preto Nov./Dec 2008 Acesso 14/07/2010 http://www.scielo.br.php.

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL-EPUAP and NATIONALPRESSURE ULCER ADVISORY PANEL-NPUAP: PAINEL CONSULTIVO EUROPEU E NORTE AMERICANO SOBRE UP 2009 – traduzidos. Disponível em : WWW.epuap.org e WWW.npuap.org.

Blanes L, Duarte IS, Calil JÁ, Ferreira LM. Avaliação clínica e epidemiológica das úlceras por pressão empacientes internados no Hospital São Paulo. Ver. Assoc. Méd. Brás. 2004 Abr; 50(2). Disponível em: http: //www.scielo.br.

53 O TRATAMENTO CONSERVADOR DA DOENÇA RENAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

ROSO, Camila Castro
(Enfª Mestranda do PPGEnf da UFSM – RS. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: camilaroso@yahoo.com.br)

BEUTER, Margrid
(Enfª Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM – RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira
(Enfª Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

TIMM, Arlete
(Enfª Assistencial do HUSM. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

PAULETTO, Macilene
(Enfª Assistencial do HUSM. Mestranda do PPGEnf da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

BRONDANI, Cecília Maria
(Enfª Assistencial do HUSM. Mestre em Enfermagem. Doutoranda do DINTER. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Promoção da Saúde; Insuficiência Renal Crônica; Enfermagem.

Introdução: as doenças crônicas são responsáveis por 60% do ônus decorrente de enfermidades no mundo. Estima-se que no ano de 2020, 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento serão decorrentes de agravos crônicos de saúde. Entre as doenças crônicas, destaca-se que a incidência de pessoas com doença renal crônica (DRC) vem aumentando significativamente em nível mundial, atingindo números alarmantes de indivíduos com falência renal. Trata-se de um problema de saúde pública no qual a maior prevalência dá-se em pessoas com diagnóstico de diabete mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). A DRC é definida como uma lesão no parênquima renal e/ou pela diminuição funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses. Os indivíduos que apresentam suscetibilidade aumentada para esta doença são conhecidos como os do grupo de risco, tais como: hipertensos, diabéticos, idosos, pessoas com doenças cardiovasculares, familiares de indivíduos portadores de DRC e aqueles em uso de medicações nefrotóxicas.[1] O monitoramento da filtração glomerular (FG) é considerado o melhor marcador de função renal em indivíduos saudáveis ou doentes tendo em vista que a evolução desta doença depende da qualidade do atendimento ofertado, previamente à falência renal. A DRC, geralmente, é assintomática, o que implica na importância do acompanhamento rigoroso da doença no seu estágio inicial, de forma a auxiliar em sua prevenção e controle. A detecção precoce da enfermidade e os programas de orientação podem reduzir o número de indivíduos que ingressam nas terapias de substituição renal (TSR), as quais englobam o tratamento com a diálise peritoneal, hemodiálise e o transplante renal. Além de proporcionar melhores condições clínicas, essas terapias diminuem o desconforto, o desgaste e o sofrimento do indivíduo. O tratamento conservador ou pré-

dialítico visa assegurar o prolongamento dessa fase, ou seja, a não indicação de terapias de substituição renal, o que melhora a qualidade de vida dessa pessoa, reduz a hospitalização, preserva a função renal, estabiliza comorbidades e melhora do perfil bioquímico. Este tratamento conservador consiste em vários componentes de um programa, os quais englobam: programas de promoção à saúde e prevenção primária com grupos de risco; identificação precoce e detecção da disfunção renal; correção de causas reversíveis da doença renal; diagnóstico etiológico; definição e estadiamento da disfunção renal; instituição de intervenções para retardar a progressão da DRC; prevenção de complicações da doença renal; modificação das comorbidades comuns a estes pacientes e planejamento precoce das TSR.[2] O tratamento ainda prevê o controle rigoroso da glicemia em diabéticos e da pressão arterial em todos os pacientes, a correção da anemia, a suspensão do cigarro para retardar a progressão da DRC e o ajuste nas dosagens das drogas excretadas pelo rim. Tendo em vista o cenário exposto, justifica-se este estudo pela necessidade de trabalhar com as evidências das questões referentes ao tratamento conservador do doente renal. Ressalta-se o termo enfermagem baseada em evidências na perspectiva de que este abrange o uso e aplicação de pesquisas como implicações na tomada de decisões na assistência da saúde,[3] o que se amplia nesse estudo devido subsidiar a pesquisa na enfermagem. **Objetivo**: frente ao exposto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura a fim de responder a seguinte pergunta: quais as evidências teórico-metodológicas da literatura produzidas sobre o tratamento conservador das pessoas com doença renal? O objetivo do estudo foi identificar as produções e analisar as tendências dos resultados em evidências sobre o tratamento conservador das pessoas com doença renal na produção científica. **Metodologia**: trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual permite sumarizar pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse, com os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação dos estudos primários. Para tanto, foram seguidas as seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de seleção dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação da revisão. O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca do material foi no mês de março de 2011, utilizando-se como palavra-chave *"tratamento conservador"*, não sendo determinado recorte temporal. Na busca foram detectados 813 artigos relacionados ao tema. Os critérios utilizados para seleção dos estudos foram: artigos publicados em periódicos, artigos que abordem a temática do tratamento conservador da doença renal, periódicos indexados no banco de dados da LILACS, artigos publicados até o mês de fevereiro de 2011, independente do método de pesquisa utilizado. Foram excluídos do estudo trabalhos que apresentavam livros, capítulos de livros, manuais, resumos em eventos, trabalhos que não disponibilizavam resumos e, ainda trabalhos repetidos. Após a busca, foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos encontrados e, por conseguinte, foram analisadas e selecionadas as pesquisas de interesse para esse estudo. Ao término desta etapa foram selecionadas dezessete (17) produções na base de dados LILACS, os quais foram analisados na íntegra, publicados no período de 1997 a 2010. De posse do material para a análise, foram construídos quadros que possibilitaram uma melhor visualização dos dados, esses, imprimiram o período da publicação, local, abordagem da pesquisa, metodologia de coleta de dados, sujeitos do estudo, área profissional do assunto e finalmente, a análise dos dados, resultados e discussões, conclusões e interesses para a enfermagem. Os artigos encontrados foram numerados conforme a ordem de localização, e os dados foram analisados, segundo os seus conteúdos. **Resultados e discussão**: pode-se constatar nos artigos analisados o predomínio dos estudos quantitativos (76%), seguido das pesquisas qualitativas em 12% e das revisões de literatura (12%). Os métodos de pesquisa mais utilizados para a produção dos dados foram as pesquisas

experimentais em 53% dos estudos, seguido da análise documental (18%), questionário (12%), entrevista (12%) e formulário seguido de análise documental (5%). Os sujeitos dos estudos foram as pessoas com doença renal em 94% das pesquisas e os profissionais (6%). Os cenários estudados foram os ambulatórios de uremia (41%), as unidades nefrológicas (23%), os hospitais (12%), ambulatórios e unidades nefrológicas (12%) e estudos de revisão (12%). Em relação as regiões brasileiras, onde foram publicados os estudos, a região sudeste apresenta maior numero de publicações (88%) seguida da região sul (12%). O elevado número de cursos e programas de mestrado e doutorado na região sudeste retrata a hegemonia das produções científicas, condicionada à maior oferta de vagas de orientação nas regiões sudeste e sul.[4] Na análise das publicações pode-se identificar que a natureza dos periódicos era em 59% da medicina, seguida da enfermagem (23%), psicologia (12%) e fisioterapia (6%). Quanto ao ano de publicação dos estudos, identificou-se que se deu do ano de 1997 à 2010, tendo maior número de produção no período que compreende 2003 à 2009. Grande parte dos estudos (35%) tinha como objetivo detectar patologias durante o tratamento conservador, perfil lipídico, doenças ósseas, sorologias, capacidade funcional. Alguns estudos falam que os pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC), independente do tratamento instituído, apresentam alterações no seu perfil lipídico; que as crianças e adolescentes portadores da IRC, em tratamento conservador, podem apresentar alterações importantes da capacidade funcional, musculatura respiratória e estado nutricional e precisam receber a vacina recombinante contra hepatite B, em doses duplas no esquema habitual. Outra característica dos estudos foi, em 35%, discutir sobre as questões relacionadas às orientações, percepções, abordagem interdisciplinar e qualidade de vida das pessoas com DRC. Estudos ressaltaram a abordagem educativa com esclarecimentos sobre a doença e adoção de hábitos saudáveis, com linguagem acessível e dialógica, estimulando a participação do cliente no tratamento e nas formas de cuidar de si, contribuindo assim na prevenção de complicações, lentificação da doença renal e melhor qualidade de vida. Outro dado relevante é que um dos estudos mostrou que a maioria dos pacientes em tratamento conservador possuía informações insuficientes a respeito da DRC e dos tratamentos, o que pode interferir diretamente na adesão e progressão da doença, tendo em vista que a avaliação e o manejo nutricional podem assegurar o retardamento da progressão da doença, a redução da toxicidade urêmica e a manutenção de um adequado estado nutricional, prevenindo, assim, a desnutrição. Parte dos estudos (18%) caracterizava a IRC, o tratamento conservador, a Insuficiência Renal Aguda e a doença cardiovascular na DRC e outra parte (12%) avaliava a curso da doença e a evolução em crianças. **Conclusão**: Constata-se que existe uma grande produção de conhecimento na área da doença renal, principalmente pela medicina, onde se identifica uma lacuna na produção científica da enfermagem, em que possa identificar os meios das pessoas com DRC cuidarem da sua saúde e praticarem a educação em saúde como forma de aprendizagem e conhecimento da sua condição crônica de saúde.

Referências

1. Bastos MG, Bregman R, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: freqüente e grave, mas também prevenível e tratável. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010; 56(2): 248-53.

2. Romão Junior JE. Doença Renal Crônica: Definição, Epidemiologia e Classificação. J. Bras. Nefrol. 2004 agosto; XXVI(3): 1-3.

3. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev. Latino-Am. Enferm. 2004 maio/jun; 12(3): 1-9.

4. Souto CMRM, Pessoa SMF, Damasceno MMC, Araújo TL. Tendências das pesquisas de enfermagem em saúde da mulher no período de 2001 a 2005. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(4): 719-26.

54 PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE SAÚDE DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM E RISCOS DE ADOECIMENTO NO TRABALHO

COELHO, Alexa Pupiara Flores
(Acadêmica do Terceiro Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM – RS. Membro do grupo de pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. E-mail: jako-bourei@hotmail.com)

DISSEN, Caliandra Marta
(Acadêmica do Quinto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

PRESTES, Francine Cassol
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

BECK, Carmem Lúcia Colomé
(Doutora em Enfermagem, Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

MACHADO, Cynthia Helena Ferreira
(Acadêmica do Sexto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

SILVA, Clarissa Bohrer da
(Acadêmica do Sexto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM – RS. Membro do grupo de pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

Descritores: Saúde do trabalhador; Enfermagem; Enfermagem do trabalho.

Saúde e trabalho nem sempre foram entendidos como fenômenos interligados. Entretanto, na atualidade, essa relação se encontra estabelecida e se faz reconhecido tanto o valor positivo do trabalho, para a manutenção e equilíbrio da saúde, quanto sua influência negativa na saúde do trabalhador. Nas últimas décadas, diversos estudos foram realizados contemplando a temática saúde do trabalhador, com abordagens diferentes, como as condições gerais de vida e trabalho, do estresse, do desgaste, da ergonomia e a psicodinâmica do trabalho. Essas abordagens parecem convergir ao considerarem com maior ou menor ênfase as implicações da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores (FERNANDES, 2006). Este estudo teve por objetivo identificar a produção de estudos brasileiros, publicados nos últimos cinco anos, sobre a temática "saúde dos trabalhadores de enfermagem e riscos de adoecimento relacionados ao trabalho". Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. A busca dos resumos foi realizada no mês de junho de 2010, foram pesquisadas as bases de dados Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para tal, utilizou-se o descritor de assunto "Saúde do trabalhador" e, posteriormente, foi incluído o critério de ter a palavra "enfermagem" (refinar) no resumo do estudo. Posteriormente, procedeu-se a leitura de todos os títulos e resumos tendo-se em vista os critérios de inclusão e de exclusão do estudo. Os critérios de inclusão foram: apresentar o desfecho "saúde dos trabalhadores de enfermagem e riscos de adoecimento relacionados ao trabalho"; ter sido publicado no Brasil e nos últimos cinco anos (2005 a 2009) e apresentar como população/ sujeitos estudados os trabalhadores de enfermagem, independentemente da categoria profissional. Foram excluídos os

resumos que não apresentavam o desfecho pretendido, os que não explicitavam que o estudo pesquisava trabalhadores de enfermagem, os estudos de caso realizados com apenas um trabalhador de enfermagem e os resumos repetidos nas duas bases de dados. Foram lidos os títulos e resumos de 68 estudos da base de dados BDENF e 92 resumos da base de dados LILACS, nesta ordem. Foram excluídas 39 publicações por repetição nas duas bases de dados, 22 estudos não possuíam o desfecho pretendido, 15 estudos foram duplamente excluídos (por não apresentarem o desfecho pretendido e estarem indexados nas duas bases de dados), quatro pesquisas não explicitavam que haviam sido realizados com trabalhadores de enfermagem, três estudos foram realizados com acadêmicos de enfermagem, dois se tratavam de estudo de caso com apenas um trabalhador de enfermagem e dois estudos estavam repetidos na mesma base de dados. Ao final da análise, 73 resumos atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos e compuseram o corpus deste estudo. A análise dos resumos que atenderam aos critérios de inclusão foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, os estudos foram organizados em um quadro-resumo com os seguintes itens: número da publicação, título do resumo/ autor(res), ano de publicação/ base de dados, tipo de publicação, periódico, tipo de estudo, material e método, população, cenário, abordagem e descritores. Na segunda etapa, utilizou-se a estatística descritiva para calcular as freqüências absolutas e relativas dos itens que compunham o quadro resumo. No que tange o ano de publicação, observou-se que a temática "saúde dos trabalhadores de enfermagem e riscos de adoecimento relacionados ao trabalho" tem sido abordada uniformemente nos últimos cinco anos, destacando-se o ano de 2008 com 19 publicações (26%). O menor número de publicações ocorreu no ano de 2009, com nove resumos (12,33%). Acredita-se que este número não caracterize, necessariamente, uma diminuição das publicações sobre a temática, uma vez que alguns estudos publicados no ano de 2009 podem não ter sido indexados nas bases de dados pesquisadas. No que se refere às bases de dados, a maioria dos resumos (53,4%) estava disponível nas duas bases pesquisadas, 24 resumos estavam indexados apenas no LILACS (32,8%) e dez resumos apenas na BDENF (13,7%). Esse dado permite inferir que, dos 73 resumos analisados, 63 estavam indexados na base de dados LILACS (86,3%). Ou seja, a pesquisa em duas bases possibilitou o incremento de, pelo menos, dez resumos a mais (13,7%). A maioria dos resumos (67,1%) era de artigos científicos, 24 eram resumos de dissertações (31,5%) e um de tese (1,4%). Quanto ao tipo de estudo, a maioria (86,3%) foram pesquisas de campo, sete (9,6%) se tratavam de pesquisas bibliográficas, dois (2,74%) eram estudos de revisão e um estudo não informou. Nos últimos cinco anos, dos 49 artigos publicados sobre a temática, a Revista Latino Americana de Enfermagem publicou dez estudos (13,7%), seguida da Revista Anna Nery, com nove estudos (12,3%) e da Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, com oito estudos (11%). Neste período, a Revista Gaúcha de Enfermagem teve quatro publicações (5,5%) e as Revistas Mineira de Enfermagem, Ciência, Cuidado e Saúde, Cogitare Enfermagem e Revista Brasileira de Epidemiologia publicaram dois estudos cada (2,7%). As demais revistas (n= 10) publicaram um estudo cada. Quanto ao método utilizado, o maior percentual (41,1%) de estudos utilizou a abordagem qualitativa, 18 estudos (24,7%) foram quantitativos, 14 estudos (19,2%) não informaram a metodologia utilizada, cinco estudos (6,8%) utilizaram os métodos qualitativo e quantitativo. Dos nove estudos bibliográficos (sete de pesquisa bibliográfica e dois de revisão), um utilizou o método quantitativo para análise e os demais não informaram. No que tange a população estudada, a maioria dos estudos (72,3%) foi realizada com trabalhadores de enfermagem no geral (equipe de enfermagem), nove pesquisas (13,8%) foram realizadas com enfermeiros, nove com produções sobre a temática (13,8%), quatro (6,1%) pesquisaram equipes de saúde. Auxiliares de enfermagem, auxiliares/técnicos de enfermagem, trabalhadores de enfermagem/ médicos e docentes de enfermagem foram pesquisados em um estudo cada. Dentre os 63 estudos de campo, os cenários

mais pesquisados foram: hospital (21,5%), unidades de urgência e emergência e unidades de terapia intensiva (13,8%), setor de clínica médica (10,8%), unidades de atenção primária e hospitais universitários (7,7%). As unidades de oncologia, as redes de saúde, unidade materno-infantil e o centro cirúrgico foram cenários de dois estudos cada. No que tange a abordagem dos estudos, a maior parcela (15,1%) dos resumos tinha como temática os riscos ocupacionais, nove estudos abordavam o estresse (12,3%), sete (9,6%) se referiam a acidentes de trabalho, seis (8,2%) abordaram as condições gerais de vida e trabalho. A ergonomia, a psicodinâmica do trabalho, a biossegurança e a abordagem do desgaste foram pesquisadas em cinco (6,8%) estudos cada. O uso de drogas psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem, a violência ocupacional, o impacto do trabalho na vida do trabalhador e o absenteísmo foram abordados em três (3,8%) estudos cada. Dois estudos pesquisaram as cargas de trabalho no trabalho da enfermagem. As demais temáticas abordadas (um estudo cada) foram: produção do conhecimento em saúde do trabalhador, auto-cuidado dos trabalhadores de enfermagem, saúde mental, qualidade de vida e restrições de trabalho, condições gerais de vida e trabalho e uso de substâncias psicoativas, estresse e ergonomia e acidentes de trabalho e ergonomia. Dentre os descritores de assunto utilizados nos resumos, “Enfermagem” foi utilizado em apenas onze (15,1%) dos 73 resumos analisados. Destaca-se que em 17 (23,3%) resumos não foi utilizado nenhum descritor de assunto com a palavra “enfermagem”. Os demais descritores utilizados que continham a palavra “enfermagem” foram “Equipe de enfermagem” em quinze estudos (x %), “Enfermagem do trabalho” em doze estudos (16,4%), “Enfermagem em emergência” e “Enfermeiros” em cinco estudos (6,8%) e “Serviços de enfermagem” em três estudos. Os descritores “Pesquisa em enfermagem” e “Enfermagem de centro cirúrgico” foram utilizados em dois estudos. Ainda foram identificados outros sete descritores contendo a palavra “enfermagem”, utilizados em um estudo cada. Destaca-se que em doze estudos foram utilizados dois descritores com a palavra “enfermagem”, estando o descritor “Enfermagem” em três deles. Dentre os fatores que dificultaram a realização deste estudo, pode-se mencionar a repetição dos estudos nas diferentes bases de dados, a não utilização do descritor “Enfermagem” na maioria dos resumos, bem como a não utilização de nenhum descritor que contivesse a palavra “enfermagem” em uma considerável parcela dos estudos, o que pode dificultar ou até mesmo inviabilizar o acesso a essas publicações. Nesse sentido, a estratégia de buscar as publicações que contivessem a palavra “enfermagem” no resumo foi considerada eficiente, apesar de tornar a análise mais trabalhosa em função do grande número de publicações que não possuíam o desfecho pretendido no estudo. A maioria das pesquisas foi realizada com trabalhadores de enfermagem, o que remete à necessidade de os estudos pesquisarem aspectos relacionados à saúde do trabalhador nas diferentes categorias profissionais da enfermagem separadamente, a fim de se oferecer subsídios para o estabelecimento do nexo causal entre trabalho e riscos de adoecimento, uma vez que possuem funções, processos e dinâmicas de trabalho distintas. Apesar de nos últimos cinco anos haver um número considerável de publicações sobre a temática saúde dos trabalhadores de enfermagem, evidencia-se que estabelecer o nexo causal entre trabalho e risco de adoecimento da enfermagem ainda é um desafio para as investigações nessa área.

Referências

FERNANDES, Josicelia Dumêt, et al. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 setembro-outubro; 14(5).

55 DOR X AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO: REGRESSÃO LOGÍSTICA

LIMA, Ana Claudia Soares de
(Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Email: anaclenf@yahoo.com.br)

MAGNAGO, Tânia S. B. de Souza
(Professora Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM)

PROCHNOW, Andrea
(Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM)

SCALCON, Camila
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM)

VIERO, Natiele
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM)

Descritores: Enfermagem; Saúde do trabalhador; Avaliação da capacidade de trabalho.

Introdução: O trabalho nas unidades hospitalares é desgastante, o que pode ser percebido, pelas inúmeras idas e vindas com pacientes do raio X (RX)/tomografia computadorizada (TC)/exames complementares, a adoção de posturas inapropriadas para execução de algumas atividades de enfermagem por falta ou inadequação de materiais, móveis e equipamentos, a sobrecarga de atividades devido à superlotação e à falta de pessoal, a pressão no tempo, as cobranças, as constantes "dor nas pernas', "dor nas costas" e "cansaço físico/mental" tudo isso são causas de tensão para os trabalhadores de enfermagem e, muitas vezes, de adoecimento e afastamento do trabalho (MAGNAGO, 2008). As condições de trabalho inadequadas afetam diretamente a saúde dos trabalhadores, causando desgaste físico, emocional e sofrimento. Esse desgaste pode afetar a capacidade para o trabalho dos trabalhadores. Por capacidade para o trabalho entende-se como "o quão bem está ou estará um trabalhador presentemente ou num futuro próximo, e quão capaz ele pode executar seu trabalho, em função das exigências de seu estado de saúde e capacidades físicas e mentais" (TUOMI et al, 1997, p.9). O Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) é um instrumento utilizado em Serviços de Saúde Ocupacional que revela quão bem um trabalhador é capaz de realizar seu trabalho e pode ser usado como um dos métodos para avaliar a capacidade para o trabalho nos exames de saúde e levantamentos no local de trabalho (TUOMI et al, 1997; MEIRA, 2004). A avaliação da capacidade para o trabalho, por meio do ICT, tornou-se um importante indicador por abarcar aspectos relativos à saúde física, bem estar psicossocial, competência individual e condições de trabalho (TUOMI et al, 1997). Sendo assim, acredita-se que a avaliação do ICT e sua relação com a intensidade da dor dos trabalhadores da equipe de enfermagem proposta neste estudo irá proporcionar um melhor entendimento sobre os impactos da dor musculoesquelética no ICT dos trabalhadores, permitindo-nos assim, a implementação de medidas que possam reduzir a dor, oportunizando melhores condições de trabalho para a equipe de enfermagem. **Objetivos:** Como objetivos tem-se a avaliação do índice de capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário e a sua relação com a intensidade de dor musculoesquelética que cada um referiu. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal que envolveu 634 trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público do

Rio Grande do Sul onde avaliou-se o Índice de Capacidade para o Trabalho (variável dependente) e variáveis sociodemográficas, laborais e dor musculoesquelética (variáveis independentes). Enfermeiros, acadêmicos de graduação e pós-graduação foram capacitados previamente para a coleta de dados, em setembro de 2009. Definiu-se como critérios de inclusão ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem do quadro efetivo do hospital, estar no exercício de suas funções laborais no momento da realização do estudo e concordar em participar da pesquisa. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário auto-preenchível entregue durante o turno de trabalho. Os trabalhadores que aceitaram participar do estudo leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 6.04, com dupla digitação independente. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada empregando-se a estatística descritiva no programa SPSS® 18.0 for Windows. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente (CAAE: 0070.0.243.000-09) e teve auxílio FIPE Enxoval/UFSM e FAPERGS. **Resultados:** Do total da população, 592 foram elegíveis para a pesquisa. Destes, responderam ao instrumento 498 trabalhadores. As perdas (16%) resultaram de recusas e/ou afastamentos. Da população estudada, 29% eram enfermeiros e 71% técnicos e auxiliares de enfermagem. De acordo com a pontuação recebida nas questões investigadas, obteve-se que 5,7% (n=29) dos trabalhadores apresentavam baixa capacidade para o trabalho; 37,6% (N=187) moderada capacidade; 41,4% (N=206) boa capacidade e 15,3% (n=76) ótima capacidade para o trabalho. Ao serem dicotomizadas em Baixa/Moderada e em Boa/ótima Capacidade para o trabalho, os grupos ficaram distribuídos com 43,3% e 56,7%, respectivamente. Pode-se então observar a relação entre o índice de capacidade para o trabalho desses trabalhos de acordo com a intensidade de dor muscoloesquelética, onde o total de trabalhadores de enfermagem com reduzida capacidade para o trabalho (N=216), 59,8% referiram dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável. Em contrapartida, 76,7% dos trabalhadores classificados com boa/ótima capacidade para o trabalho referiram ausência de dor, evidenciando haver diferença entre os grupos. A análise de regressão logística demonstrou que os trabalhadores de enfermagem que referiram dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável possuem aproximadamente quatro vezes mais chances de serem classificados com redução da capacidade para o trabalho do que aqueles que não referiram dor. Durante as análises cruzadas (análise bivariada), mostraram-se potenciais fatores de confusão as covariáveis: sexo, idade, função e tempo de trabalho na função. Mesmo após ajustes pelos potenciais fatores de confundimento, as chances dos trabalhadores de enfermagem que referiram dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável serem classificados no grupo com redução da capacidade para o trabalho permaneceram. Portanto, os dados evidenciaram associação positiva entre dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável e redução da capacidade para o trabalho nos trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria. **Considerações**: O ambiente laboral torna-se um espaço de produção de cargas de trabalho, em que as exigências e as condições de sua realização têm sinalizado para o aparecimento de doenças ocupacionais. Investigar a avaliação do índice de capacidade para o trabalho dos trabalhadores de enfermagem e a sua relação com a intensidade de dor musculoesquelética foi de grande valia, pois evidenciou associação positiva entre dor musculoesquelética de intensidade forte a insuportável e redução da capacidade para o trabalho. Sendo assim, ações de promoção da saúde no ambiente laboral, bem como medidas que busquem a redução da dor nos trabalhadores de enfermagem, são aspectos importantes na manutenção da capacidade laborativa. Assim, os resultados assinalam a necessidade da instituição desenvolver medidas que proporcionem melhores condições para esses trabalhadores, reduzindo as chances de possíveis doenças ocupacionais e incapacidade para as atividades laborais após alguns anos. Tornado o ambiente de trabalho um local adequado (seguro, adequado às

condições ergonômicas, com profissionais capacitados), haverá um aumento do índice de capacidade para o trabalho e consequentemente uma diminuição da dor entre os profissionais.

Referências

MAGNAGO T.S.B.S. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem**. Rio de Janeiro, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

MAGNAGO, T.S.B.S., et al. **Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associações com condições de trabalho.** Rev Bras Enferm. 2007;v. 60, n. 6, p.:701-5.

TUOMI, K. et al**. Índice de capacidade para o trabalho.** Tradução: Frida Marina Fischer. Instituto de saúde Ocupacional Helsinki. Finlândia, 1997.

56 REFLEXÃO SOBRE OS FATORES QUE CONTRIBIUEM NO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA

VIANA, Luisa Amoza
(Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 7º semestre. E-mail: luisaamoza@hotmail.com)

GALARRAGA, Sarine Fábrica
(Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, 7º semestre)

JAKS, Caroline Daiane Weber
(Acadêmica FEn/UFPel, 7º semestre. Bolsista de graduação em monitoria da disciplina: Unidade do cuidado de Enfermagem III)

PALAGI, Sofia
(Acadêmica FE/UFPel, 7º semestre. Bolsista do PET- Saúde)

SCHRADER, Greice
(Acadêmica FEn/UFPel, 7º semestre. Bolsista do PET- Saúde)

CARDOZO-GONZALES, Roxana Isabel
(Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas)

Descritores: Tuberculose; Atenção Primária a Saúde; Terapêutica; Recusa do Paciente ao Tratamento.

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que tem como agente o bacilo *Mycobacterium tuberculosis* e é um problema sério de saúde pública ligada à má distribuição de renda, à pobreza e ao preconceito. [1] Hoje em dia, embora existam os recursos tecnológicos e o conhecimento necessário para o controle da doença, a sua erradicação é uma meta ainda longe de ser atingida. O aparecimento da epidemia de AIDS e o surgimento da TB multirresistente tornam o quadro da doença ainda pior.[1] Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008) a TB é uma emergência mundial, que no ano de 2006 causou a morte de 5,1% dos casos diagnosticados no Brasil. No mesmo ano, o percentual de cura da doença foi de 77% e o abandono do tratamento 9%[2] sendo o esperado um abandono de até 5%. Nos serviços de saúde que oferecem ações de controle da TB identifica-se falta de vínculo entre o profissional e o doente, em outros uma superproteção sendo que em qualquer um dos casos a efetividade do tratamento pode ser prejudicada.[3] O tratamento medicamentoso vem sendo considerado o principal método de cura da doença e um elemento essencial para o controle da TB. Os medicamentos cumprem sua finalidade ao agir nas diferentes etapas do metabolismo do bacilo, com o fim de potencializar o efeito da quimioterapia. O tratamento é padronizado de acordo com a história de tratamento anterior e com a forma clinica da doença.[1] Os efeitos colaterais da medicação são os responsáveis por um maior número de abandono ao tratamento. Destaca-se que o abandono do tratamento da doença pode acarretar em aumento da mortalidade, da incidência da doença e da multidrogarresistência. Nesse sentido, o abandono do tratamento da TB constitui-se em um dos principais desafios dos serviços de saúde para o controle da doença. Considera-se como abandono quando o doente não tomou a medicação há mais de 30 dias. A fim de reduzir as taxas de abandono a Organização Mundial de Saúde propôs em 1993 a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração),[2] que consiste em detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios, tratamento padronizado,

monitorado e observado de curta duração, fornecimento regular de medicamentos e sistemas de registro e informação que assegurem a avaliação do tratamento, mas para que a DOTS seja aplicada é essencial que haja apoio e compromisso por parte do governo, que deve garantir os recursos necessários para o controle da doença, como: organizar os serviços, fornecer regularmente as medicações e insumos para todos os laboratórios.[1] **Objetivos:** Refletir sobre os fatores que contribuem para o abandono do tratamento da TB no âmbito da saúde publica. **Metodologia:** trata-se de um estudo de reflexão que busca despertar na comunidade acadêmica a atenção para um problema de saúde importante e atual que é o abandono do tratamento da TB. Para a construção deste trabalho realizou-se uma pesquisa bibliográfica buscando identificar a produção de conhecimento no ano de 2011 sobre o tema supracitado. Foram levantadas pesquisas abordando o abandono do tratamento da TB e uma busca intencional do manual de controle da TB. Realizaram-se leitura e discussão dos textos na integra, durante três encontros, a fim de facilitar a reflexão proposta. Este trabalho foi realizado por graduandos do 7° semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, durante o mês de março do ano de 2011. **Resultados:** Identificaram-se alguns fatores importantes e pertinentes à temática: *a falta de conhecimento e engajamento dos profissionais no tratamento da TB* pode sim contribuir e muito para o abandono do tratamento, já que o fornecimento de informações corretas aos doentes a cerca dos efeitos colaterais possíveis, duração e importância do tratamento e contagiosidade da doença sem uma relação de confiança e compromisso entre o profissional e o doente pode desencadear uma baixa compreensão ou até mesmo desmotivação da pessoa com TB para a adesão ao tratamento, aumentando o risco de abandono. Identificou-se também que fatores relacionados ao abandono não estão relacionados unicamente a aspectos dos serviços de saúde. O estilo de vida do doente e sua situação social e financeira também podem contribuir para o abandono do tratamento. Assim, o alcoolismo, o uso de drogas e falta de transporte, desemprego, alguma outra doença na família, preconceitos a cerca da TB, indisponibilidade de tempo para ir às consultas, dentre outros. Outro aspecto que foi levantado durante a discussão é o possível atraso do envio das medicações pelos órgãos responsáveis, provavelmente como resultado de deficiências na qualidade dos relatórios/informações enviados aos órgãos responsáveis do fornecimento dos medicamentos. Em muitas locais o doente se desloca do local de trabalho para buscar as medicações e a falta de oferta do mesmo pode gerar um grande desestímulo que somado aos efeitos colaterais dos medicamentos o doente poderá adotar uma conduta de não adesão ao tratamento colocando em risco a cura da doença e ainda provocar o agravamento do quadro clínico e aumento do risco de contagio entre familiares e pessoas próximas a ele. **Principais Conclusões:** A partir das discussões percebe-se que a efetividade do tratamento para a TB vai muito além da simples medicação. A qualificação do profissional e uma política que priorize o controle dessa doença são fatores essenciais para providenciar não apenas a entrega ou supervisão da tomada da medicação, mas também um acompanhamento qualificado da evolução do doente potencializando suas capacidades de modo a alcançar uma co-responsabilização no processo de tratamento para assegurar a cura da doença. Acredita-se que profissionais preparados para lidar com a doença e acompanhar os doentes durante o tratamento podem contribuir na superação de barreiras para a adesão do tratamento reduzindo o risco de abandono. Os meios de transporte para melhor deslocamento dos doentes até os serviços de saúde deverão ser facilitados e o preconceito da TB deverá ser reduzido. Finalmente considera-se imprescindível o envolvimento da população com a problemática da TB de forma a unir esforços para avançar no controle da doença. É necessário oportunizar espaços de discussão com outras pessoas de diferentes opiniões e pontos de vista para buscar novas formas de enfrentar a doença.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). **Programa Nacional da Tuberculose**. [internet – acesso 2010, março 24]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101;

2. World Health Organization. **Global Tuberculosis Control**: surveillance, planning, financing: WHO report 2008. Geneva; 2008.

3. PAZ, Elisabete P. A.; Sá, Antonia M. M.. **Cotidiano do tratamento a pessoas doentes de tuberculose em unidades básicas de saúde: uma abordagem fenomenológica.** Rev. Latino-am. Enfermagem Vol. 17 no. 2 Ribeirão Preto Mar/Abr 2009.(17)2

4. DALCOLMO, Margateth P.; ANDRADE, Mônica K. N.; PICON, Pedro D. **Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle.** Rev Saúde Pública 2007;41 (Supl. 1):34-42.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico para o controle da Tuberculose: cadernos de atenção básica. Brasília (DF): MS; 2002.

57 ATIVIDADES LUDICO/EDUCATIVAS EM GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

MANFIO, Daíze Pani
(Acadêmica do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM. E-mail: daizepani@hotmail.com)

KOCH, Rosane Fátima
(Acadêmica do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM)

ANDREOLA, Karine
(Acadêmica do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM)

FRANCESCHI, Jaqueline
(Acadêmica do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM)

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora PET Enfermagem CESNORS/UFSM)

Descritores: Idoso; Qualidade de vida; Enfermagem.

Introdução: O envelhecimento populacional é, atualmente, fenômeno mundial. No Brasil, o aumento da participação da população maior de 60 anos comparada ao total nacional, passou de 4% em 1940, para 8,6% em 2000. Em números absolutos, em 1940 era 1,7 milhão de idosos, em 2000 era 14,5 milhões, com projeção, para o ano 2020, de atingir um contingente de aproximado de 30,9 milhões de pessoas que terão 60 anos ou mais[1]. Desse modo, o aumento do número de idosos e a consequente necessidade de mantê-los socialmente integrados, faz com que sejam criados espaços de socialização. Assim, na maior parte dos municípios brasileiros há grupos de terceira idade. Grupo como um conjunto formado por pessoas que visam ações interpessoais satisfatórias e a interdependência, buscando objetivos comuns[2]. Destaca-se que há várias denominações para grupos, porém em sua maioria os objetivos e as atividades são semelhantes. Desse modo, os denominam-se: Grupos de convivência, grupos de idosos, grupo da melhor idade, grupo de terceira idade, entre outros. A participação da pessoa idosa em uma atividade grupal é relevante, pois favorece para melhorar a saúde, a autoestima, a qualidade de vida e a inserção social[3]. Nesse cenário, é importante que a enfermagem desenvolva atividades lúdicas, de educação e assistência em saúde com a população dessa faixa etária. Assim, o curso de enfermagem do Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul/Universidade Federal de Santa Maria (CESNORS/UFSM), em consonância com as políticas nacionais de atenção ao idoso, vem desenvolvendo o projeto de extensão: "Atividade grupal como instrumento de inserção social: vivências de grupos operativos". Este projeto tem a finalidade de desenvolver a socialização de idosos com vínculo social fragilizado, mediante ações que promovam a saúde física, social e mental. **Objetivo:** Relatar a experiência com grupo formado por idosos por meio de encontros vivenciais de caráter lúdico/educativo. **Metodologia:** O projeto prevê que pelo menos quatro acadêmicos de enfermagem "adote" um dos grupos de idosos existentes no Município de Palmeira das Missões/RS. As atividades, aqui relatadas, foram realizadas no período de setembro a dezembro de 2010. O grupo adotado foi o denominado Céu Azul do Bairro Vista Alegre, composto

exclusivamente por mulheres. Os encontros são realizados nas terças feiras, das 14:00 às 16:00 horas, no salão comunitário da igreja católica do mesmo bairro. No total ocorreram cinco encontros, nos quais houve a abordagem de temáticas previamente solicitadas as participantes. A dinâmica utilizada foi a do círculo de estudos, em que ela proporciona a interação do grupo, desenvolve a comunicação, o respeito pela opinião dos demais componentes, sendo caracterizada por atender os princípios de aprendizagem, socialização e trabalho individual, conforme afirma Minicucci, (2001). Havia uma atividade lúdica integrativa inicial, apresentava-se o tema proposto, transmitindo o conhecimento acadêmico, após incentivava-se a discussão do assunto e trocas de experiências, ao final fazia-se um fechamento/avaliação, enfatizando para que as mesmas exercitassem na prática as ações ali discutidas. **Resultado/Discussão:** O grupo caracteriza-se por ser exclusivamente do sexo feminino, com média de 68 anos de idade, varia de 49 a 84 anos. A média de participação em cada encontro é de 12 participantes. O primeiro encontro, por ele estar inserido nas atividades da "semana do idoso", realizado no dia 28 de setembro, ocorreu na praça municipal. Utilizamos o momento para nos apresentação, conhecer o grupo e iniciar uma aproximação. Nessa ocasião as idosas apresentaram-se muito receptivas e com boas expectativas com relação ao nosso trabalho, desejando que perseverássemos, demonstrando a falta de vínculo contínuo nas atividades anteriormente realizadas. No segundo encontro participaram 13 mulheres idosas. Inicialmente, após um tempo de repouso, pois todas elas vêm caminhando até o local de encontro, foi realizada a verificação da pressão arterial e solicitávamos se possuíam alguma doença. Detectamos que 69,23% das mulheres são hipertensas e destas 44,44% estavam com a pressão arterial alterada. Além da hipertensão, algumas auto-referiram ser cardiopata ou já ter realizado procedimento cirúrgico. Realizou-se a dinâmica "aprendendo o nome" a fim de promover o vínculo e aproximação. Após as participantes foram convidadas a realizarem juntamente com as acadêmicas atividades de alongamento, adaptadas para a idade, em que a maior parte delas foi capaz de executá-las. Com o grupo relaxado e descontraído, passamos a abordar o tema proposto: "A importância da atividade física na terceira idade". Nele destacamos dados referentes à expectativa de vida no Brasil e no Rio Grande do Sul, para elas terem consciência da necessidade do autocuidado para uma qualidade de vida e diminuição das complicações de saúde advindas do envelhecimento. Outro ponto abordado foi os acidentes domésticos que, na maioria das vezes, são causados pela diminuição da força muscular e/ou problemas osteoarticulares. Além disso, salientamos as alterações fisiológicas normais que ocorrem na terceira idade referente à perda da musculatura esquelética e a perda mineral óssea bem como as contribuições das atividades físicas e os malefícios da sua não realização. No espaço aberto a discussão, percebemos que a maioria não realiza atividades físicas, justificando por possuírem variados problemas de saúde, outro aspecto percebido foi que não tinham companhia para as mesmas. Algumas demonstraram que reconheciam as atividades domésticas como atividade físicas, porém quando não necessário não as realizavam. Por fim solicitaram que realizássemos atividades físicas em todos os encontros. Partindo disto realizou-se o fechamento do encontro convocando-as para que realizassem as atividades físicas em seu cotidiano. No terceiro encontro, participaram nove idosas. Para determinarmos o índice de massa corporal, realizamos a aferição antropométrica, em que verificamos que 33,33% delas apresentaram obesidade grau I, 22,22% sobrepeso e 44,44% estavam com índice de massa corporal normal para o peso e a altura. Formou-se o círculo, realizamos atividades físicas e lúdicas, na sequência desenvolvemos o tema "Obesidade na terceira idade". Para haver debate as convidamos a refletirem e contarem suas vivências ou de conhecidos a cerca do tema e o que elas conheciam sobre obesidade. Fechando o diálogo, orientamos quanto ao autocuidado, para manter o peso nos parâmetros de normalidade, reforçamos a importância da realização de exercícios físicos e a diminuição do sedentarismo. No espaço aberto a discussão, elas se propuseram a cuidar mais de sua

alimentação e valorizaram mais a atividade física proposta no segundo encontro. No quarto encontro compareceram 14 mulheres. Foi questionado a todas se alguém tinha história pessoal ou familiar de câncer de mama e/ou de colo uterino, nenhum resultado foi negativo. Porém, 21,42% delas mencionaram que realizaram histerectomia. Desse modo, esse encontro abordou-se o tema: "Câncer de mama e de colo de útero". Foram realizadas orientações conforme os questionamentos levantados pelas participantes. Chamou nossa atenção que uma das principais indagações foi a cerca da necessidade de realizar a coleta de material para realização do citopatológico (CP), uma vez que não se encontravam sexualmente ativas. Ao fim do encontro, realizamos a avaliação e desenvolvemos atividades de lazer/socialização. Do último encontro, integrativo e comemorativo, participaram todas as integrantes do grupo, com revelação de amigo secreto e coquetel de enceramento das atividades do ano. **Conclusão:** Após as atividades desenvolvidas, percebemos a importância de realizar atividades que promovam a auto-estima, autonomia, independência e beneficiem a saúde do idoso. Pelo fato de o idoso se encontrar numa fase de muitas alterações físicas, sociais e psíquicas, é importante sua inserção em grupos de convivência para que tenham possibilidade de trocar experiências, interagir socialmente e exercer sua cidadania. A enfermagem, por sua vez, tem o papel de motivar, coordenar e gerar ações educativas relativas à promoção da saúde, prevenção de agravos e à manutenção da capacidade funcional, tendo em vista o envelhecimento saudável, com autonomia e independência.

Referências

1. Beltrão KI, Camarano AA, Kanso S. Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro: IPEA, ago. 2004 (Texto para Discussão, 1.034).

2. Minicucci A. Técnicas de trabalho de grupo. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.

3. Rizzolli D, Surdi AC. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2010; 13(2):225-234.

58 PARTICIPAÇÃO DOS HOMENS NAS CONSULTAS DE PUERICULTURA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

PERES, Roger Rodrigues
(Enfermagem, Graduando de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem UFSM. E-mail: roger_rrp@yahoo.com.br)

WILHELM, Laís Antunes
(Enfermagem, Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem UFSM)

BARRETO, Camila Nunes
(Enfermagem, Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem UFSM)

SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar
(Enfermagem, Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

SCALCON, Camila de Brum
(Enfermagem, Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

LACCHINI, Annie Jeanninne B.
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista CAPES)

Descritores: Homens; Cuidado da Criança; Educação em Saúde.

Introdução: “A saúde é direito de todos e dever do Estado" é a frase que marca um processo de transformação ideológica na saúde brasileira, que tem início em 1988, quando houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com ele afirmou-se a universalidade, a integralidade e a eqüidade da atenção em saúde. Apontamos também para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade. (BRASIL, 2004) Podemos observar, que esta redefinição do conceito de saúde para uma vida com qualidade é melhor percebida pelo público feminino, pois são elas quem freqüentam mais assiduamente as Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo em decorrência da preocupação com a sua saúde ou com a de seus familiares. Este imaginário é reforçado quando Couto et al (2010) constata em sua pesquisa, com profissionais e usuários dos serviços de atendimento primário em saúde, a invisibilidade do homem quanto ser provedor de cuidado, caracterizado as mulheres como cuidadoras natas, na visão do público entrevistado. Com isso, podemos observar, no que tange o atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que a procura pelo serviço por parte dos homens é realmente menor em relação as mulheres, comprometendo um pouco a abrangência desta atenção. Alguns estudos também apontam para a marcada diferença do sexo quanto ao motivo da procura de serviços de saúde, mesmo quando excluídos os partos e os atendimentos de pré-natal. As mulheres buscam mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens procuram mais serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres). (PINHEIRO et al., 2002). Somado a isto nota-se o reforço da feminilização dos ambientes das unidades tanto pelos materiais de educação em saúde como pelos puramente decorativos que são produzidos internamente (pelos funcionários). Assim, embora se possa perceber relativa mudança no padrão de comunicação do Ministério da Saúde, pela inclusão de referências de gênero, geração e raça/etnia nos materiais, tal intento ainda não alcança as equipes dos serviços em suas produções

locais. (COUTO et al., 2010) Aliado a tudo isto, podemos perceber facilmente que os homens participam menos de consultas de enfermagem – que se orientam, sobretudo, para o acompanhamento do pré-natal e da puericultura – e de atividades educativas. (COUTO et al., 2010) **Objetivos:** Sendo assim, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência, vivenciado pelos acadêmios de enfermagem, durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem no cuidado a saúde da criança, adolescente e mulher, do sexto semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Este relato aborda a presença e participação dos homens nas consultas de Puericultura em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência obtida no desenvolvimento das aulas práticas referentes ao 6º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM, durante as consultas de Puericultura em uma UBS pertencente à cidade de Santa Maria/RS, no período de 14 de setembro a 19 de outubro do ano de 2010. A realização das consultas era nas segundas-feiras no período da manhã e nas terças-feiras manhã e tarde, com agendamento prévio. Foram realizadas consultas de Puericultura e durante essas, além das aferições antropométricas, realizávamos orientações quanto a cuidados referentes à criança, a saúde da puérpera e ao planejamento familiar. E, tínhamos a preocupação de envolver os acompanhantes das crianças e das puérperas. **Resultados:** Durante o período, de um mês e cinco dias, foram realizados 41 atendimentos. O total do número de acompanhantes foi de 55. Em posterior análise, percebeu-se que na totalidade (54,54%) das consultas realizadas, a criança chegava a unidade acompanhada pela mãe e 21,81% por outra mulher, sendo estas tia, madrinha, avó ou cuidadora, estando esta junto com a mãe ou não. Quando nos remetemos a participação masculina, observamos que estes perfazem um total de somente 12,72%, sendo divididos entre tio, irmão e pai. Sendo que ao nos deparamos com a porcentagem de participação unicamente dos pais, o número total de acompanhantes é de 3,63% no momento da consulta. A partir destes dados podemos perceber a precária participação da população masculina nas consultas de puericultura, reforçando o imaginário de que os homens não cuidam nem de si nem de outras pessoas e, portanto, não procuram os serviços ou o fazem de formas menos autênticas. Sendo que quando não reconhecemos os homens como potenciais sujeitos de cuidado, deixamos de estimulá-los às práticas de promoção e prevenção da saúde ou não reconhecemos casos em que eles demonstram tais comportamentos. (COUTO et al., 2010) Outro ponto que deve ser reforçado é quanto ao material educativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), onde se aborda de maneira tímida a participação dos homens no processo de crescimento e desenvolvimento das crianças. Couto (2010) coloca que nas áreas comuns e de grande circulação, como recepção e sala de espera, há sempre muitos cartazes, produzidos pelo MS, veiculando mensagens de promoção da saúde. Temas como promoção do aleitamento materno, pré-natal, prevenção de DST e HIV/AIDS são comuns e apresentam forte conotação feminina, excetuando alguns sobre o uso correto do preservativo e sobre hanseníase. Um fator determinante, que contem influência na participação masculina, é referente ao horário dos atendimentos, pois estes ocorriam nos períodos das 08:00 às 12:00 horas e das 13:30 às 17:00 horas, em dias específicos. Este tempo disponibilizado pode comprometer a presença dos homens, pois percebia-se nas falas das acompanhantes que, na maioria dos casos, eles eram quem trabalhavam para sustento da família. Quanto a isto, Gomes, Nascimento e Araujo (2007) colocam que o mercado de trabalho geralmente não garante formalmente a adoção de tal prática, portanto, o homem em dado momento pode ser prejudicado e sentir seu papel de provedor ameaçado. Esta hipótese da pequena presença paterna nas consultas, pode estar associado ao preconceito das representações do universo feminino, o que implicaria possivelmente desconfianças acerca dessa masculinidade socialmente instituída. (GOMES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2007) Ou também pelo pensamento cultural de que o cuidado está ligado intrínseca e unicamente ao mundo feminino. (COUTO et al., 2010)

Acreditamos que o estímulo a participação masculina nesta consulta, pode ser incentivada a partir do momento em que a inserção masculina nos Postos de Saúde for mais efetiva, começando na conjunta responsabilização e participação no planejamento reprodutivo do casal, como prevê a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pósparto e da educação da criança. (BRASIL, 2008)
Conclusão: Estes dados evidenciam a baixa participação dos pais, tios, padrinhos ou qualquer outra participação do sexo masculino, durante este importante espaço de acompanhamento da criança. Sendo isto evidentemente prejudicial a família, visto que a consulta de puericultura é uma ocasião onde se tem a oportunidade de também abordar outras temáticas que podem ser benéficas para o relacionamento tanto do casal como do patriarcado. Pensamos, a partir destas circunstâncias, que seria importante reforçar o vínculo entre a UBS e os homens que constituem as famílias da comunidade a qual esta abrange, através de um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, contando com o envolvimento de todos em prol de um ideal, que seria a inclusão do homem nas diferentes áreas do serviço. Pois no momento em que estes profissionais esclarecem dúvidas, trocam conhecimentos e desmistificam preconceitos culturais, este homem percebe-se acolhido no ambiente, influenciando diretamente no seu envolvimento com sua saúde e da sua família. Sendo assim, o chamamento deste pai para protagonizar também a consulta de puericultura deve partir de todos os espaços possíveis, sendo através da comunidade, em escolas, associações de moradores, visita domiciliar, das outras consultas realizadas na unidade, como de psicólogos, médicos, enfermeiros, dos grupos de hipertensos e diabéticos, da realização de salas de espera e também através das suas parceiras que já estão inclusas nestas consultas e compreendem um papel fundamental a fim de estimular o companheiro a ocupar seu papel de patriarcado.

Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília. Janeiro. 2004. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizasus. Acessado em: 08.11.10.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, n.4, nov. 2002. p.687-707.

COUTO, Márcia Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** São Paulo, n.33, abr./jun. 2010. p.257-70.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, n.23, mar. 2007. p.565-574.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e diretrizes, Brasília. 2008. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf. Acessado em: 19.10.10.

59 EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE INDÍGENA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

JAHN, Alice do Carmo
(Enfermeira, Doutoranda do Programa DINTER NOVAS FRONTEIRAS: UNIFESP-EEAN-UFSM. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Educação Superior Norte do RS – CESNORS)

SILVA, Ethel Bastos da
(Enfermeira, Doutoranda do Programa DINTER NOVAS FRONTEIRAS: UNIFESP-EEAN-UFSM. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Educação Superior Norte do RS – CESNORS)

COSTA, Marta Cocco da
Enfermeira, Doutoranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professora Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS

GUZZO, Patrícia Caprini
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM/CESNORS

FERRAZ, Angélica Vargas
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM/CESNORS. Email: angelica.ferraz@hotmail.com

SARZI, Diana Mara
Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM/CESNORS

Descritores: Educação em saúde; Enfermagem; Saúde Indígena.

Introdução: Este é um relato de experiência acadêmica vivida em uma reserva indígena Kaingang no interior do Rio Grande do Sul – RS, oportunizada pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA no mês destinado a saúde materno - infantil. Atualmente existem em torno de 350 mil indígenas distribuídos em vários estados brasileiros, são 210 povos que falam mais de 170 línguas (BRASIL, 2001). Na região Sul do Brasil concentram-se 40% desses indígenas. No Rio Grande do Sul, mais especificamente na região norte do estado encontra-se os índios Kaingang. O termo Kaingang significa o "morador do mato". Sua identidade vem sendo construída desde a fase inicial da colonização portuguesa e sua maior luta é pela demarcação e posse de suas terras (SOUZA, 2005). Os povos indígenas apresentam diferenças distintas em relação aos não indígenas em especial nos aspectos culturais, nas formas de organização social e nos aspectos referentes ao processo saúde e doença. Historicamente o homem tem modificado sua concepção sobre o processo saúde-doença, levando profissionais de saúde a reverem conceitos e tipos de abordagens que orientam sua prática de cuidado, aproximando-o das necessidades dos indivíduos, grupos e do significado por eles atribuído a este processo. O profissional enfermeiro deve incorporar discussões relativas à população indígena aprofundando questões sobre educação em saúde nestas minorias étnicas, bem como, sugerir propostas com possibilidades de ações que respondam às necessidades e demandas de cuidado deste segmento social, inseridos em diferentes contextos, na busca de uma saúde com mais equidade e resolubilidade priorizando as dimensões coletivas. Atualmente a enfermagem vem se inserindo paulatinamente na atenção a saúde indígena em especial com a criação das Estratégias de Saúde da Família Indígena – ESFI. Esta trabalha com equipes multidisciplinares na perspectiva de atender as necessidades de saúde dos grupos étnicos. A ESFI

esta sustentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, através de atividades de planejamento, organização e operacionalização das ações, baseadas nas necessidades locais de saúde e nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Abordar grupos sociais, em especial os indígenas representa um grande desafio e uma realidade social complexa. Os valores culturais assumem importância e podem determinar as explicações dos fenômenos de suas vidas, aspectos essenciais na apreensão das necessidades de saúde dos indígenas, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo, pautadas no respeito às diferenças, uma vez que constroem e adotam estratégias próprias no processo saúde - doença. Na região alvo da experiência relatada, as equipes de saúde indígena demonstram empenho na resolutividade das necessidades de saúde da população e procuram buscar parcerias para qualificar as ações propostas. Como exemplo destaca-se a importância da presença dos acadêmicos de enfermagem nos encontros preparatórios, na organização e execução das atividades planejadas com a FUNASA. Trabalhar com a saúde indígena requer uma aproximação com os profissionais das equipes para conhecer a organização das ações e a dinâmica de funcionamento dos serviços oferecidos a comunidade, destacando assim a tentativa de conquistar a confiança dos indígenas. Neste sentido, os acadêmicos de enfermagem procuraram formas criativas e lúdicas de abordar as oficinas para provocar a curiosidade e o interesse dos indígenas mediante a participação popular, com o intuito de uma tentativa de sensibilização dos participantes para a educação em saúde. A educação popular é considerada um das ferramentas de trabalho do profissional enfermeiro que vem se emponderando desde a década de 70, com o referencial teórico e práticas. Segundo Vasconcelos (2004) a educação popular busca mudanças no setor saúde, procurando uma ruptura da educação autoritária e normatizadora, valorizando o saber popular das classes. Assim, o presente estudo é do tipo exploratório descritivo, cuja finalidade é relatar a experiência de atividades acadêmica em uma reserva indígena, mediante o uso do referencial da educação popular. A atividade foi oportunizada junto à disciplina Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Educação Superior Norte do RS – CESNORS. As atividades foram desenvolvidas em um dia do mês de outubro do ano de 2010 na reserva Terra Indígena Serrinha, na ESFI Pedras Brancas da Aldeia Alto Recreio situada na cidade de Ronda Alta - RS. O público-alvo constituiu-se de indígenas Kaigangs, que hoje somam 800 habitantes. O total de participantes nas atividades proposta e desenvolvidas no dia da abertura do mês destinado a saúde materno-infantil foi de 300 indígenas e de 10 acadêmicos que desenvolveram as oficinas. Para subsidiar as ações realizadas na reserva utilizou-se da metodologia da educação popular em saúde orientada pela troca de conhecimentos, resultando em uma ação coletiva de construção social em conjunto de uma educação dialógica deixando de lado o modelo tradicional de educar (FREIRE, 1999). A implementação deu-se por meio de oficinas educativas por ser uma prática pedagógica que valoriza a participação e o saber coletivo. Foram realizadas quatro oficinas as quais abordaram os seguintes temas: Conhecendo o Corpo Humano, Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST, Aleitamento Materno e Medidas Preventivas – Papanicolau. Cada oficina contou com dinâmicas para provocar uma maior interação entre os mediadores e os indígenas. Destaca-se que para fins deste trabalho, será enfatizada uma das quatro oficinas, “Conhecendo o corpo humano” esta se deu pela construção de um corpo humano em isopor junto com seus respectivos órgãos em papelão os poderiam ser manuseados pelos participantes durante a oficina. Objetivou-se com esta oficina conhecer o saber popular dos indígenas quanto à localização de cada órgão, sua fisiologia e o conhecimento em saúde. No transcorrer da oficina percebeu-se que o fato dos indígenas terem acesso no manusear os órgãos e emponderar-se de um assunto de uma forma diferente da sua realidade cotidiana, atraia e aguçava a curiosidade dos participantes através de questionamentos aos acadêmicos de enfermagem. O momento foi oportuno para esclarecer mitos trazidos por alguns

participantes acerca do corpo mediante a troca de saberes, oportunizando que os indígenas elaborassem uma construção acerca do corpo humano, procurando não invadir o espaço e a cultura do grupo étnico. Uma característica importante que merece destaque foi à participação dos indígenas de várias idades nas atividades no decorrer de todo dia. A procura pela oficina na sua maioria foi de crianças e adolescentes com idade entre cinco e vinte anos, o que constituiu um desafio ao grupo de estudantes. O espaço físico não permitiu que fossem abordados em separados as crianças e os adolescentes. Os indígenas procuravam a oficina sempre em grupos, o que também foi um fator que num primeiro momento dificultou a abordagem. Atribui-se esta participação pelo trabalho que os profissionais das equipes de saúde indígena, em especial das enfermeiras e dentistas desenvolvem junto às comunidades com o apoio das lideranças indígena que são parceiros nas atividades propostas. A aproximação prévia dos docentes da Disciplina Saúde Coletiva com as equipes de saúde indígena corroborou no desempenho das atividades acadêmicas. Ficou evidente a necessidade de aproximar o curso de graduação de enfermagem com a temática saúde indígena. A experiência vivenciada revelou ser um importante espaço de cuidado, um campo promissor de conhecimentos não somente para o ensino da enfermagem, com também, com possibilidades de construção de projetos de pesquisa e extensão nas reservas indígenas. Verificou que as necessidades em saúde encontradas nos indivíduos indígenas hoje, são em muitos aspectos as mesmas identificadas no homem branco. A atividade acadêmica revelou que a educação popular pode ser uma importante ferramenta de trabalho a ser sugerida aos profissionais que atuam nas reservas indígenas por possibilitar o confronto do saber científico com saber popular. Com a possibilidade de criação de vínculos entre usuário indígena – profissionais da saúde – acadêmicos de enfermagem, vislumbra-se a busca de conhecimento compartilhado buscando minimizar a equidade em saúde indígena.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretária Executiva. **Programa Saúde indígena: etnodesenvolvimento das sociedades indígenas**. Brasilia: Ministério da Saúde, 2001 p59.

SOUZA, J.O.C. A Construção de Políticas Públicas Diferenciadas às Comunidades Indígenas no Rio Grande do Sul: o caso dos Kaingang. In: SCHWINGEl, L.R (org). **Povos Indígenas e Políticas Públicas da Assistência Social no Rio Grande do Sul- Subsídios para a construção de políticas públicas diferenciadas às comunidades Kaingangne Guarani.** Rio Grande do Sul: Secretaria do Trabalho, Cidadania e assistência Social- STCAS, 2005, p 24-36.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Politicas de Saúde. **PHYSIS. Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 14(1):67-83, 2004.

60 POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA CRIANÇA DO ADOLESCENTE: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfermeira Pediatra. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

DA SILVEIRA, Andressa
(Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda do PPGENF da UFSM. Bolsista REUNI)

DOS SANTOS, Raíssa Passos
(Acadêmica do 3° semestre de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: ra_enf@yahoo.com.br)

NEVES, Aline Tatsch
(Acadêmica do 2° semestre de enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria – FISMA)

CANTERLE, Iraciara Ramos
(Acadêmica do 7° semestre de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

Descritores: Saúde da criança; Enfermagem Pediátrica; Políticas Públicas.

Introdução: As Políticas públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado (TEIXEIRA, 2002). No Brasil, as Políticas Públicas de Saúde concretizam-se a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Neste mesmo ano, a Constituição Federal deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal. As políticas públicas para a saúde da criança englobam a Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade que tem por objetivo auxiliar no desenvolvimento de ações voltadas para a atenção integral da saúde e da criança nos seus primeiros anos de vida. A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma abordagem que aceita e responde pela condição da criança doente em toda a sua complexidade. O decreto nº 6.286 que trata do Programa Saúde na Escola (PSE), que constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, bem como a avaliação constante do estado vacinal são ações prioritárias para garantir a saúde integral da criança e a redução da morbimortalidade na infância. Este acompanhamento é feito através da caderneta de saúde da criança, a qual contém todas as informações que a família deve ter conhecimento. As políticas públicas devem estar direcionadas a resolução dos problemas de saúde da população infantil que incluem, principalmente, o parto e nascimento, o aleitamento materno, a alimentação infantil, o crescimento e desenvolvimento, as imunizações, à desnutrição, as doenças diarréicas, as infecções respiratórias agudas e a malária. No Brasil, a taxa de mortalidade infantil (TMI) evitou mais de 200 mil óbitos, passando de 33,24 em 1998 para 23,30 em 2008. (BRASIL, 2010). A partir de pesquisas que estão em andamento no Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS), com crianças, adolescentes e famílias tem-se deparado com a realidade de crianças/adolescentes que possuem seu estado de saúde cronificado. Entretanto essas demandas não possuem políticas de saúde específicas que dêem suporte em todas as etapas de desenvolvimento e para um cuidado integral, o que diverge com os preceitos básicos da lei que da

sustentação ao SUS. Neste sentido acredita-se que crianças e adolescentes, bem como seus familiares precisam estar amparados e conhecer seus direitos e deveres enquanto cidadãos. Portanto a enfermagem enquanto ciência do cuidar deve dar suporte a essa clientela, estimulando o saber a respeito das políticas públicas de saúde, direitos e deveres da população. Assim, questionou-se quais as tendências da produção científica referente às políticas públicas de saúde voltadas para as crianças? Esta pesquisa bibliográfica objetivou identificas na produção científica a tendência das publicações na área de saúde da criança. **Materiais e método:** Trata-se de uma revisão bibliográfica desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Portal do Ministério da saúde. A busca das produções ocorreu no mês de março de 2011. Para localização das produções utilizou-se o descritor Políticas Públicas de Saúde, sem recorte temporal especificado. Foram incluídas produções em língua estrangeira (espanhol e inglês), resumos e textos completos. Incluíram-se ainda artigos, teses, dissertações, manuais, legislação e livros. Foram excluídas produções que não convergiam com a temática proposta, resumos incompletos. Sendo que as produções que apareceram em mais de uma base de dados foram selecionadas apenas uma vez. Deste modo foram encontradas 440 publicações no LILACS, 50 na BDENF, 108 no MEDLINE e 42 publicações no SCiELO. Após leitura criteriosa e aplicabilidade dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionadas nove publicações no LILACS, quatro na BDENF, cinco no MEDLINE e duas produções na SCIELO. Perfazendo um total de 20 produções para análise de conteúdo. **Resultados:** 40% aos sujeitos que fazem parte dos estudos são crianças e/ou adolescentes. 5% tem como sujeito de estudo família, enfermeiras, agentes comunitários de saúde, obesos, meninos de rua, avós e adultos respectivamente cada. Em 25% das publicações não constam os sujeitos que compõem o estudo. O programa da saúde da família (PSF), hospital, creches e/ou escola representam 10% dos achados cada como cenário de pesquisa. Em 65% dos resumos não consta o cenário do estudo. Quanto ao objetivo das publicações, 50% têm um enfoque nas políticas públicas de saúde; 10% no planejamento familiar e na inserção da enfermagem nas políticas de saúde; sendo que 5% dos achados têm como objetivo políticas públicas e a assistência da saúde da criança e do adolescente; políticas públicas para a alimentação; controle do câncer na infância; atuação no combate ao preconceito as crianças de rua; respectivamente. Na categoria abordagem, destaca-se que 75% das abordagens utilizadas foram do tipo qualitativa, 20% quali-quantitativa, e em apenas 5% a abordagem quantitativa foi empregada. 80% das produções correspondem a artigos, 10% correspondem à dissertação de mestrado, 5% à tese de doutorado, e outros 5% corresponde a livros. As publicações encontradas compreendem os anos de 1992 até 2010. **Discussão:** A maior parte dos estudos encontrados tem como sujeito crianças e/ou adolescentes. Isso vai ao encontro com os estudos de Duarte (2007) que retrata as taxas de mortalidade infantil em nosso país, tendo como eixo central as da população infantil. No contexto dos sujeitos estudados, destaca-se ainda, a obesidade na população infantil, segundo Oliveira e Fisberg (2003), a prevalência mundial da obesidade infantil vem apresentando um rápido aumento nas últimas décadas, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia mundial. Salientam-se ainda estudos com a problemática do preconceito em relação às crianças que moram na rua e são estigmatizados com “meninos e meninas de rua” mostrando que algumas pesquisas também estão preocupadas com o lado social da infância. Foram encontradas pesquisas relacionadas à gravidez na adolescência, saúde mental da criança e do adolescente e a atuação do psicólogo com crianças em situação de risco. Destaca-se ainda o avanço de pesquisas realizadas no cenário do PSF, escolas e serviço público, como ambiente para implementação e discussão de políticas públicas em saúde. Percebe-se que as políticas públicas e a assistência da saúde da criança e do adolescente aparecem em menor

proporção quando comparados com produções que trazem a preconização das políticas publicas de saúde, o que denota um ponto de divergência entre o preconizado e a assistência realizada. No que tange o tipo de publicação das pesquisas encontradas, ressalta-se os artigos, o que denota o interesse da área da saúde e da equipe interdisciplinar, entre eles os profissionais de saúde em compartilhar resultados de pesquisa para a comunidade acadêmica. Para Silva et al. (2009) a produção científica de uma profissão retrata o seu avanço enquanto ciência e sua ampliação e solidificação. **Considerações finais:** Apesar do crescimento das pesquisas, ainda há necessidade de expansão dos estudos científicos a respeito do tema, tendo em vista a necessidade de intervenções necessárias para garantir melhorias na saúde e qualidade de vida do grupo estudado. Acredita-se que as pesquisas possam identificar a efetiva aplicação das políticas públicas, garantindo os direitos de cidadania, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes desde o pré-natal.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS.** Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em mar. de 2010.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(7):1511-1528, jul, 2007.

OLIVEIRA, Cecília L. de**;** FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência: uma verdadeira epidemia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 47, n. 2, Apr. 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000200001&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2011. doi: 10.1590/S0004-27302003000200001.

SILVA, Maria Júlia Paes da. et al. Produção do conhecimento em Enfermagem: da idéia da pesquisa à publicação em periódico qualificado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, p.1347-1351, dez. 2009.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **Políticas Públicas** - O Papel das Políticas Públicas. 2002 - AATR-BA.

61 A ABORDAGEM SOBRE A INTERFACE SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS

VIERO, Cibelle Mello
(Enfermeira graduada pela UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. E-mail:cibellemelloviero@gmail.com)

CAMPONOGARA, Silviamar
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

SARI, Vanúzia
(Enfermeira Mestranda do Ppgenf Ufsm. Especialista em terapia intensiva. Enfermeira da UTI do HNSC/GHC-Poa. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

ERTHAL, Graciele
(Enfermeira graduada pela UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar
(Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

Descritores: Enfermagem; Meio ambiente; Educação em enfermagem; Docentes de enfermagem.

Introdução: Ao se aprofundar o debate acerca da problemática ambiental, têm-se fortes indícios de que o meio ambiente sofre um processo de degradação agravado pela ação humana; o que tem colocado o planeta em risco de um colapso, diante das inúmeras e profundas agressões que tem sofrido. Nesse sentido, é necessário que as instituições de ensino e pesquisa, reflitam sobre esta realidade no meio acadêmico. Isso, considerando que os impactos negativos da destruição e desequilíbrio ambiental afetam, direta e indiretamente, as condições de saúde e de doença das populações, trazendo novas demandas à prática do cuidado, para as quais os profissionais precisam estar preparados. Particularmente, no que tange a formação de enfermeiros, é imprescindível um intensificar do debate sobre a interface saúde e meio ambiente, já que entre suas ações se inclui o atuar em atividades de promoção e reabilitação em saúde; campos que lhes abrem ricas possibilidades para assumirem-se "atores sociais ativos", na produção de uma educação ambiental preocupada com o despertar de sujeitos ecológicos. Acredita-se que, ao incorporar essa concepção na prática da docência em enfermagem, o docente será capaz de disseminar as bases para a formação de um profissional, por excelência, comprometido com a vida de quem cuida e com o todo que o rodeia. **Objetivos:** compreender o significado que os docentes enfermeiros(as) de um curso de enfermagem atribuem à interface saúde e meio ambiente, e a expressão dessa interface em sua vivência de docência. **Metodologia:** trata-se de um exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A entrevista semi-estruturada foi eleita, como técnica de coleta de dados, por permitir às pesquisadoras, não só a obtenção do depoimento, mas também o aprofundar de um diálogo com os sujeitos. A pesquisa foi desenvolvida junto a docentes enfermeiros(as) de um Curso de Enfermagem de uma Universidade Federal do sul do Brasil durante o segundo semestre de 2010. Foram entrevistados, no total, 06 docentes, sendo que o encerramento amostral se deu por saturação teórica. A análise dos dados foi orientada pela Análise de Conteúdo.[1] Na intenção de assegurar a

eticidade da pesquisa e validar a proposta de trabalho, o projeto foi submetido à aprovação da direção institucional onde foram coletados os dados e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição, sendo aprovado sob o número CAAE 0129.0.243.000-10. Também foram consideradas e atendidas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Resultados:** Para melhor compreensão dos resultados, os dados foram agrupados em categorias de análise, expostas na seqüência. Na categoria i**nterface saúde e meio ambiente: uma relação de causa e conseqüência** verificou-se que os docentes ligam o ambiente (e os fatores ambientais) à determinação de estados de saúde ou de doença, por entendê-lo como um elemento que, permanentemente, circunda e influencia as relações humanas. Este dado é significativo, uma vez que, entendemos ser fundamental a abordagem dessa relação saúde-meio ambiente no processo de formação profissional, especialmente nos cursos de graduação e no âmbito da formação de cidadãos. Diante disso, a idéia de que há uma interface entre saúde e meio ambiente, pode, portanto ser compreendida como o prenúncio de uma concepção mais abrangente de meio ambiente, com possibilidades efetivas de alavancar o debate sobre o tema no âmbito da formação profissional. Entretanto, embora essa concepção se mostre presente, a concretude desse debate ainda não parece ser uma realidade. Outra forte categoria que surgiu, na pesquisa, relaciona-se **a discussão da questão saúde e meio ambiente na formação profissional: uma lacuna no processo formativo**, revelando ser este um assunto nem sempre discutido, ou não discutido de maneira sistemática e freqüente nas universidades. Exatamente por configurar-se como uma lacuna, há a necessidade de que ela seja superada, necessidade de que se pensem estratégias que motivem a sua inclusão na formação dos futuros enfermeiros. É perceptível que, apesar de se justificar e se colocar sobre a importância de abordar a relação saúde-ambiente nos diferentes espaços de formação, incluindo aqueles em saúde, parece que essa ainda não é uma prática de educação consolidada.[2] E se o educar/formar é que dá sentido à promoção e produção de uma cultura da sustentabilidade sócio-ambiental e de paz; então, a educação e o processo formativo em uma sociedade se traduzem como verdadeiros instrumentos de transformação social.[3] Para tanto, urge que o tema seja ampla e exaustivamente discutido, entre os docentes, no intuito de buscar-se a consolidação de uma concepção de meio ambiente como evidência da inter-relação entre os mundos social e natural, e a expressão dessa visão nos diferentes cenários em que se dá o processo formativo em enfermagem. Em certo sentido, essa necessidade já é sentida pelos depoentes, o que está melhor debatido na categoria **saúde e meio ambiente: um conteúdo transversal.** De acordo com alguns autores,[4] os temas transversais apresentam-se como um conjunto de conteúdos educativos e eixos condutores da atividade escolar e formativa que, não fazem parte de nenhuma matéria particular, podendo ser considerados comum a todas. E na especificidade da questão ambiental, o que se pretende com a transversalidade é o estabelecer de um diálogo permanente entre os docentes e os discentes sobre a relação saúde e meio ambiente e a necessidade de preservação e respeito a todas as formas de vida. Os docentes demonstram a compreensão exata da importância desse tema no processo de formação em enfermagem, havendo a preocupação com o estabelecer de uma discussão dentro do curso em questão. Mas para isso, a prática pedagógica dos docentes de enfermagem deve propiciar atividades que possibilitem aos alunos o desenvolvimento de atitudes e ações crítico-reflexivas, tendo como objetivo a formação do aluno/pessoa/cidadão ambientalmente consciente.[5] Dessa forma, isso significa superar a lacuna existente no processo formativo em relação à discussão da temática saúde e meio ambiente, passando a abordá-la transversalmente. De fato, não restam dúvidas de que é imperativo preparar os alunos, futuros profissionais, para influenciarem nas decisões sócio-político-ambientais do meio em que atuam e no contexto onde estão inseridos, e isto com sensibilidade para compreender a condição planetária e humana. No entanto, isso somente será possível, se, para além de abordagens pontuais e meramente técnicas

sobre o tema, houver o seu verdadeiro introjetar no processo formativo, constituindo-se em base para o pensar e o fazer profissional, em direção ao cuidado multidimensional e integral há muito pretendido pela profissão. Importante destacar aqui, que, este cuidado, não deve ficar restrito a sujeitos individuais, mas sim envolver as famílias e comunidades e, imprescindivelmente, o meio ambiente, do qual todos somos parte. **Conclusões:** O estudo evidenciou que, apesar de os docentes terem uma concepção ampliada sobre o meio ambiente, com clareza dos efeitos prejudiciais da atual problemática ambiental sobre a humanidade e de que existe uma interface entre saúde e ambiente; persiste ainda a necessidade da inserção de discussões formais e transversais sobre essa relação estabelecida entre saúde e meio ambiente no processo formativo em enfermagem. Nesse ponto, a pesquisa revelou que, a maioria dos docentes entrevistados, referiu pouca ou ausência desta abordagem no Curso em estudo. Em função disso, relataram que esta discussão deve ser compreendida e efetivada como um tema transversal, e ampliada no interior da graduação. Ao que se acrescenta a necessidade de que o tema receba atenção interdisciplinar, capaz de valorizar e dar compreensão a verdadeira relação existente entre o ser humano, a saúde e o ambiente, uma vez que, sem dúvida, a sobrevivência e a saúde da humanidade estão na dependência de uma mudança no modo se relacionar e interagir com esse meio ambiente. Sugere-se, pois, o desenvolver de pesquisas futuras que viabilizem a obtenção de novas ferramentas para a contínua construção de saberes ambientais na enfermagem, na intenção de melhorar a práxis da profissão e o cuidado para com o sujeito, com a coletividade e com o meio.

Referências

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2007.

2. Sena J, Cezar-Vaz MRA. relação saúde/meio ambiente nos processos de formação do profissional enfermeiro: um ensaio teórico**.** Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient. 2010 Jan-Jun; 24: 265-73.

3. Santos VMK. A configuração das tendências educacionais e pedagógicas e da inclusão da educação ambiental: reflexões iniciais. Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient. 2007 Jan-Mar; 18: 265-73.

4. Bernardes MBJ, Pietro EC. Educação ambiental: disciplina versus tema transversal. Rev. eletrônica Mestr. Educ. Ambient. 2010 Jan-Jul; 24: 173-85.

5. Silva AL, Camillo SO. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(3): 403-10.

62 O IMPACTO DO ADOECIMENTO NOS CUIDADORES DE IDOSOS COM ALZHEIMER

PREDEBON, Greice Roberta
(Enfermeira. Integrante do Grupo de Pesquisa, Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: greiceroberta@yahoo.com.br.)

CORDEIRO, Franciele Roberta
(Acadêmica do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem.)

SILVA, Graciela Souza da
(Acadêmica do 6º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem.)

SANTOS, Naiana Oliveira dos
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem.)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira
(Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem.)

BEUTER, Margrid
(Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem.)

Descritores: Cuidadores; Idoso; Doença de Alzheimer; Enfermagem

Introdução: Uma decorrência do processo de envelhecimento é o aumento significativo na prevalência de doenças crônico-degenerativas. Dentre elas, destacam-se as demências, sendo a mais comum a Doença de Alzheimer (DA), que, a partir da década de 70, tem despertado preocupações tanto na população quanto na comunidade científica (SHIMIZU et. al, 2008). Essa doença afeta o idoso e compromete sua integridade física, mental e social. Seus sintomas mais freqüentes incluem perda da memória, prejuízo da atenção e distúrbios da linguagem, acarretando uma situação de dependência parcial ou total com cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no próprio domicílio (LUZARDO, GORINI e SILVA, 2006). Diante dessa situação surge a necessidade do cuidador, do qual é exigido a tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade, sendo uma tarefa que pode se repercutir de forma negativa na vida do cuidador. Para que desempenhe sua função o cuidador precisa de atenção específica por parte dos profissionais da saúde, especialmente no que se relaciona à educação em saúde. Cabe a enfermagem apoiar o cuidador, propiciar espaços para discutir seus sentimentos; manter o seu próprio bem-estar emocional e a sua saúde física, além de oferecer informações e orientação referentes à doença e sua evolução e aos cuidados necessários. Na medida do possível o enfermeiro poderá agir como mediador na condução dos conflitos que possam ocorrer na família do idoso portador de DA. **Objetivos:** Conhecer a produção científica acerca do impacto da DA na vida dos cuidadores de idosos com esse diagnóstico e as ações da equipe de saúde diante dessa temática. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado por meio de levantamento

bibliográfico junto às bases de dados da BDENF, SCIELO e LILACS, no mês de setembro de 2010. Para a busca dos dados utilizaram-se como descritores cuidadores, idoso e Doença de Alzheimer, encontrando-se 37 publicações. Após a leitura dos títulos e dos resumos, elegeram-se artigos de revisão de interesse para o estudo baseados nos critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis na língua portuguesa, inglesa e espanhola. A amostra do estudo foi constituída de 17 publicações completas a partir da semelhança temática. Para melhor análise das produções, os dados dos artigos foram registrados em um instrumento com roteiro que continha: abordagem do estudo, ano da publicação, país e idioma, formação acadêmica dos autores, objetivos e resultados das produções. **Resultados:** Quanto à abordagem dos estudos encontrados destaca-se que oito eram qualitativos e oito quantitativos e um quali-quantitativo. O período das publicações corresponde ao ano de 1999 a 2010. Verifica-se que nos anos de 2008 a 2010 houve uma predominância de produções, com 12. Observa-se que no período anterior, de 2000 a 2007 foram publicados somente 05 artigos. Houve predominância do idioma português em 13 artigos, sendo 02 em inglês e 02 em espanhol. Os estudos centralizam seus objetivos na análise das características dos cuidadores de idosos com DA. As investigações apontam temas relacionados como dificuldades financeiras, com sobrecarga de tarefas e de compromissos como o estar cuidando ininterruptamente do portador de DA, a ausência de apoio da própria família, bem como a dificuldade maior de lidar com a doença por não compreendê-la, gerando uma angústia de quem exerce o papel de cuidador. Segundo Santana, Almeida e Salvodi (2009), muitas vezes, uma consulta médica centrada num modelo biomédico aborda apenas aspectos da doença, tais como terapias medicamentosas, deixando de valorizar outras orientações como a compreensão dos familiares acerca da doença. O estudo também revelou a ausência de apoio da família, pois o familiar cuidador que se encarrega sozinho do cuidado no domicílio manifesta frequentemente seu desconforto e sentimento de solidão quando não se sente apoiado pelas outras pessoas da família. Somado a isso, a análise deste estudo também desvendou uma tendência depressiva dos cuidadores frente à convivência com o idoso com DA e a probabilidade em desenvolver a doença no futuro. Os cuidadores deparam-se com numerosos fatores, que incluem a aceitação do diagnóstico, lidar com um estresse cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro. Com isso, ele fica vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso e insônia. Assim sendo, o atendimento familiar é de extrema valia e, não raro, de importância crucial para o sucesso do tratamento (SMELTZER; BARE, 2005). O nível de satisfação apresentado pelos cuidadores também foi outro fator relevante na análide deste estudo, muitos deles apresentam-se satisfeitos, sentindo-se útil e bem em relação a si mesmo, cuidando de idosos com DA. Os estudos discutem a importância da valorização das relações interpessoais no convívio entre o idoso com DA e os cuidadores. Salienta que a complexidade da Doença de Alzheimer repercute de forma negativa sobre o cuidador, sendo esse merecedor de atenção especializada dos profissionas da saúde no que concerne à educação em saúde, pois, muitas vezes desconhece as condutas adequadas frente à manifestação da doença. Conforme Freire (1987), o cuidador deve ser orientado sobre as etapas de evolução da doença, as características de cada uma delas e os procedimentos adequados ao conjunto de ações que constituem o cuidado, tudo isso de acordo com sua realidade cotidiana. **Conclusão**: As demandas de cuidados produzidas pela DA e pelas necessidades de saúde do idoso passam a influenciar o cotidiano do cuidador, transformando seu contexto de vida. Os cuidadores também precisam de ajuda e acompanhamento, pois a maioria sentem-se muito sozinhos e com uma sobrecarga de trabalho muito grande, o que pode culminar um estado depressivo e probabilidade de no futuro também desenvolver DA. Outros cuidadores revelaram pontos positivos como a satisafação pessoal ao cuidar de idoso com DA. Nesse sentido, a Enfermagem pode contribuir e desempenhar um papel relevante nessa área, por meio do uso de suas atribuições e competências profissionais, para orientar familiares e cuidadores, realizar grupos de

autoajuda, visitas domiciliares e consultas de enfermagem utilizando instrumentos que avaliem a função cognitiva e funcional do idoso, para melhor orientação e avaliação da sobrecarga do cuidador. À medida que o número de idosos aumenta na população é necessário um conhecimento maior de suas necessidades e acompanhamento de suas mudanças. Assim, a promoção da qualidade de vida do idoso dependente e dos o que estão cuidando, é uma meta a ser alcançada, desafiando os profissionais da saúde e todos aqueles que estão engajados neste processo.

Referências

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA A. P. S. S. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Rev. Texto e Contexto**, v.15, n.4, p. 587-94, 2006.

SANTANA, R. F.; ALMEIDA, K. S.; SALVODI, N. A. M. Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano nos cuidadores de portadores de Alzheimer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.2, p. 459-64, 2009.

SHIMIZU, M. M.; RAICHER, I.; TAKAHASHI, D. Y.; CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Disclosure of the diagnosis of Alzheimer's disease. **Arq. Neuropsiquiatria**, v.66, n.3-B, p. 625-630, 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. p.2419, 2005.

63 SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM: QUALIDADE DE VIDA EM RISCO

HEINEN, Marina
(Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Relatora. E-mail: marina_heinen@hotmail.com)

OLIVEIRA, Kenya Pinzon de
(Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL)

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi
(Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Orientadora)

Descritores: Qualidade de vida; Saúde do trabalhador; Cuidados de enfermagem.

Introdução. A enfermagem tem sua essência no cuidado, desde os primórdios ela vem se dedicando a realização do cuidado para a recuperação da saúde e do bem-estar dos indivíduos que estão sob sua assistência. No entanto, muitas vezes pode-se perceber que os profissionais de enfermagem não realizam seu próprio cuidado, gerando inúmeras limitações e patologias. Nesse sentido, pode-se observar durante as vivências práticas que muitos profissionais de enfermagem, em especial técnicos, acabam se afastando do serviço com licenças saúde. Esses afastamentos estão relacionados a diversos fatores, como: preocupação, desânimo, estresse, desmotivação, ansiedade, irritabilidade, patologias crônicas gerados, em grande parte das vezes, pela sobrecarga de trabalho. Além dos afastamentos, ocorre também prejuízo na qualidade da assistência prestada pelos profissionais, já que a sobrecarga leva a insuficiência de tempo para assistência individual prestada a cada paciente. O ato de cuidar trata-se de um processo que vislumbra a relação cuidador/cuidado, sendo neste caso a equipe de enfermagem o cuidador, proporcionando uma intensa dinâmica, que exige um aspecto sensibilizador e humanizado, valendo-se da interação entre os sujeitos envolvidos no cuidado e os saberes assistenciais. A natureza do cuidado de enfermagem envolve ética e solidariedade que contemplam o físico e o psíquico, por isso é preciso diagnosticar as necessidades dos pacientes para valorizar o cuidado sem torná-lo mecanicista, porém para tanto é imprescindível que os cuidadores também estejam bem física e psiquicamente. Quando ocorre a sobrecarga de funções, o profissional não consegue tempo para suas necessidades básicas, como alimentação e micção, gerando problemas de saúde, como gastrite, hipertensão, diabetes, problemas urinários, entre outros. Partindo do pressuposto que a qualidade de vida abrange tanto a vida profissional quanto a social, ressalta-se que ela está intimamente ligada com a dignidade para a realização de qualquer atividade, favorecendo o bem-estar e o desenvolvimento pessoal. Quanto a saúde da equipe de enfermagem faz-se necessário otimizar as relações de trabalho de forma amigável sem sobrecarga física e mental em um ambiente estruturado para as atividades sem implicar em perdas funcionais gerando satisfação para a instituição, paciente e profissional atuante na mesma. **Objetivo.** Refletir sobre a saúde do trabalhador de enfermagem, em unidade hospitalar com recursos humanos insuficientes para atender a demanda. **Metodologia.** Trata-se de uma reflexão sobre a temática da saúde do trabalhador em unidade hospitalar, embasada em vivências práticas e bibliografias. **Resultados.** Refletir sobre a saúde dos trabalhadores de enfermagem requer repensar a prática diária, em que se observa a sobrecarga de tarefas, gerando falta tempo para lanches, descanso e inclusive para ir ao banheiro, o que pode acarretar problemas fisiológicos, como

infecções urinárias, distúrbios gástricos e patologias crônicas. Presencia-se também, na vivência prática, a dificuldade que os profissionais enfrentam na prestação do cuidado integral e resolutivo, já que em muitas ocasiões falta pessoal até para as atividades mais corriqueiras como levar pacientes para exames. Além disso, pode-se observar ainda que as emergências, como paradas cardiorrespiratórias, em muitos casos não conseguem ter a assistência necessária para evoluir positivamente, pela falta de pessoal. O quadro torna-se ainda mais difícil, quando não existe a supervisão direta do profissional enfermeiro, já que os técnicos ficam desasistidos e sem referência para solucionar problemas mais graves e que não lhe competem. Sabe-se que legalmente existem funções exclusivas do enfermeiro, que só poderiam ser executadas por esse profissional, mas na prática o que se vê são técnicos atuando como enfermeiros pela falta desses profissionais. Como linha de atuação do enfermeiro estabelecido na Regulamentação do exercício da enfermagem em Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, é função o planejamento, organização, administração, liderança, coordenação, execução, avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e tomar decisões imediatas (COFEN, 1986). Além disso, percebe-se ainda que existe número insuficiente de técnicos para atender a demanda dos pacientes, o que exige esforços físicos excessivo na prestação de cuidados. Ressalta-se ainda, que os profissionais permanecem em pé a maior parte do tempo de trabalho, necessitando muitas vezes da ajuda de pacientes/acompanhantes para prestarem o cuidado e percorrem grandes trajetos na instituição, indo à farmácia, à lavanderia, levando e buscando pacientes para exames, o que contribui para a sobrecarga e eventual desgaste físico e psíquico, gerando ausências no trabalho. O desconforto gera insatisfação e desânimo pelo trabalho realizado, podendo somar-se ao estado de cansaço ou fadiga (CARVALHO; FELLI, 2006). Isso pode ocasionar atrasos, sabotagem, diminuição nos níveis de desempenho no trabalho e também desdobramento a licenças por motivos variados, entre eles desgastes físicos e psíquicos, contabilizando gastos extras, gerando a substituição desse profissional (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006). Segundo Campos (2005), o estresse é um estado de tensão do organismo que se instala frente a qualquer agente que ameace seu equilíbrio ou integridade. O estresse expressa a reação do indivíduo em situações de crise ou conflito que o deixam vulnerável, e embora expresse uma forma de defesa ou enfrentamento, quando prolongado ou intenso ele acaba propiciando o desequilíbrio, ou seja, a eclosão de doenças. Outro ponto importante a ser destacado é que a falta de enfermeiro gera a falta de educação em saúde, podendo-se observar na vivência prática, que muitos pacientes compartilham objetos (chimarrão, toalhas, entre outros) não seguindo as adequadas precauções de contato nos casos de presença de germes multirresistentes. Apesar do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar oferecer educação em saúde aos pacientes/familiares e colar cartazes com explicações sobre as precauções necessárias para o contato com cada indivíduo infectado, a falta do profissional enfermeiro nas unidades de internação dificulta a manutenção dessas precauções, pois os técnicos de enfermagem não possuem tempo nem qualificação suficientes para desempenhar essa função. Assim, além da contaminação coletiva, os profissionais ficam ainda mais expostos aos patógenos. Araújo *et al.* (2003) destacam que trabalho realizado em condições de baixo controle e alta demanda é potencialmente nocivo à saúde dos trabalhadores, estando eles expostos aos riscos produzidos no trabalho de enfermagem. O processo saúde-doença vivenciado pelos profissionais ocorre em momentos relacionados ao trabalho, envolvendo as relações que nele se desenvolvem e à vida social, cultural e valores do indivíduo. Nesse sentido, é preciso propiciar aos profissionais de saúde, enquanto cuidadores, possibilidade de viverem em um ambiente de apoio, já que algumas situações de saúde do ser cuidado concentram desafios que ocasionam angústias e conflitos (CAMPOS, 2005). **Considerações Finais.** A sobrecarga de trabalho na enfermagem, relacionada à insuficiência de profissionais para atender a demanda gera uma série de implicações, que incluem

restrições físicas, psíquicas e econômicas. As restrições físicas e psíquicas podem levar os profissionais de enfermagem a desenvolver inúmeras patologias, que acabam por afastá-los de suas atividades em licenças de saúde. Essas licenças geram as restrições econômicas para as instituições, já que terão de fazer novas contratações para cobrir as ausências dos profissionais. Assim, acredita-se que o custo/benefício seria muito menor se houvesse um número adequado de profissionais de enfermagem, tanto técnicos, quanto enfermeiros, para prestar uma assistência humanizada, integral e resolutiva. Nesse sentido, não se pode pensar exclusivamente nos indivíduos que recebem o cuidado, mas também nos cuidadores, que se não tiverem condições adequadas de trabalho, vão acabar trocando de lado, ou seja, de provedores de cuidado passarão a receptores de cuidado. Sabe-se que não é uma tarefa fácil, mas acredita-se que as instituições de saúde deveriam disponibilizar encontros periódicos entre os profissionais de diferentes unidades possibilitando a discussão de suas angústias e preocupações, buscando em conjunto alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas. Muitas empresas optam hoje por atividades laborais para os profissionais, que além de melhorarem o físico e psíquico proporcionam vínculos e satisfação entre os profissionais que nelas atuam. Por fim, ressalta-se que a qualidade de vida dos seres humanos está intimamente relacionada à autonomia pessoal e profissional, o cuidador necessita preocupar-se com sua saúde e bem-estar e estes devem ser disponibilizados pela instituição.

Referências

ARAÚJO, T. M. *et al*. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. **Revista Saúde Pública**, n. 37, v.4, p. 424-33, mar-abr, 2003.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador:** uma proposta para os profissionais da saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 147p.

CARVALHO, M. B; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 14, v. 1, p. 61-9, jan-fev, 2006.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/1986**: Regulamentação do exercício da enfermagem. Local: COFEN, 1989. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>. Acesso em: 06 abr. 2011.

MONTANHOLI, L. L; TAVARES, D. M. S; OLIVEIRA, G. R. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 59, v. 5, p. 661-5, set-out, 2006.

64 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA EXPERIÊNCIA DISCENTE

OLIVEIRA, Kenya Pinzon de
(Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. E-mail: kenyapinzon@hotmail.com)

HEINEN, Marina
(Acadêmica do 7º Semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL)

MUNIZ, Rosani Manfrin
(Doutora em Enfermagem Fundamental, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Orientadora)

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi
(Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL)

Descritores: Cuidado de Enfermagem; Humanização da Assistência; Diagnóstico de Enfermagem.

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método científico que permite maior autonomia aos profissionais de enfermagem direcionando suas atividades, bem como favorecendo segurança e credibilidade ao cuidado prestado. A SAE é uma ferramenta que favorece a melhora da prática assistencial com base no conhecimento, no pensamento e na tomada de decisão clínica com suporte de evidências científicas, obtidas a partir da avaliação dos dados subjetivos e objetivos do indivíduo, da família e da comunidade, através da organização do histórico, diagnóstico, intervenção e avaliação de enfermagem. (TANURE; PINHEIRO, 2010). Este relato de experiência baseou-se na SAE, aplicada em campo prático do componente curricular do terceiro semestre do curso de enfermagem, com supervisão e auxílio da facilitadora presente, proporcionando a realização dos diagnósticos de enfermagem e plano assistencial próprios ao paciente, adquirindo efeitos satisfatórios. Utilizou-se este método por ser uma atividade própria do enfermeiro em conformidade com a lei do exercício profissional da enfermagem, contemplando a exigência Resolução 358/2009 que determina que a SAE seja implantada em toda instituição de saúde seja pública ou privada (COFEN, 2009). **Objetivo:** Enfatizar a importância da implementação da SAE para prestar um cuidado integral e humanizado contemplando paciente e familiar. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência originado de um estudo de caso clínico com um paciente realizado no primeiro estágio hospitalar do terceiro semestre, durante os meses entre março-julho do ano de 2009. Realizado em uma Unidade de internação que assiste indivíduos clínicos e traumatológicos de uma instituição hospitalar de grande porte em um município do sul do estado do Rio Grande do Sul, onde ocorreu o primeiro contato com pacientes e familiares, bem como o aprendizado da SAE e sua importância no cuidado prestado. Utilizou-se os preceitos éticos na assistência ao paciente, de acordo com a Resolução do COFEN 311/2007 que visa o comprometimento do profissional de enfermagem com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade (COFEN, 2007). Esses preceitos buscam atender às necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde, respeitando a vida, a dignidade e os

direitos humanos, em todas as dimensões (COFEN, 2007). **Resultados:** Por meio de uma coleta completa do histórico do paciente foi possível identificar fatores socioeconômicos e culturais, utilizando o subjetivo e objetivo, diagnóstico de enfermagem específico e plano de cuidados direcionado às necessidades do paciente, oportunizando-se, assim, uma educação em saúde para o paciente e familiar. No decorrer dos dias de assistência foram aprofundadas as intervenções e adequadas conforme a aceitabilidade do mesmo, o que resultou em uma melhor compreensão da assistência de enfermagem. Constaram no histórico do paciente enfermidades como obesidade, hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia e acidente vascular cerebral transitório, somando-se ainda deficiência visual e auditiva. Cabe informar que o mesmo tinha os membros inferiores amputados e era ex-tabagista, podendo ter contribuído com a causa atual de internação, neste caso a pneumonia. Para o trabalho utilizou-se como referência, além da SAE, os diagnósticos de Carpenito-Moyet (2008). As intervenções foram elaboradas com base no estudo de cada patologia e seus agravos, de acordo com o potencial de entendimento e aceitabilidade do paciente e familiar. Assim, os principais diagnósticos e os referentes planos de cuidados utilizados foram: a) *Interação Social Prejudicada relacionada à imobilidade física ou energia limitadas, secundários a perda de parte do corpo; relacionados às barreiras de comunicação, secundárias a deficiências auditivas e visuais.* Plano de cuidado: otimizar a vida do paciente auxiliando para o entendimento que suas deficiências não devem limitar as atividades diárias, sendo melhoradas com o uso de cadeira de rodas e consultando médicos periodicamente para evitar agravos. b) *Déficit no Autocuidado relacionado à mobilidade física prejudicada.* Plano de cuidado: orientação sobre a realização de atividades diárias de higiene dentro de suas possibilidades, como escovar os dentes. c) *Eliminação Traqueobrônquica Ineficaz relacionada a secreções traqueobrônquicas copiosas.* Plano de cuidado: encorajar a hidratação adequada que liquefaz e amolece as secreções pulmonares. Empregar umidificação para melhorar a ventilação e aliviar a irritação traqueobrônquica. Incentivar a tosse e a respiração profunda para a contração dos músculos expiratórios. Acomodar o paciente em posição semi-fowler, para drenagem dos segmentos pulmonares. d) *Risco de Controle Ineficaz do Regime Terapêutico relacionado à falta de conhecimento sobre condição, transmissão da infecção, prevenção da recorrência, dieta, sinais e sintomas de recorrência e continuidade dos cuidado.* Plano de cuidado: instruir sobre as causas da pneumonia, tratamento dos sintomas e sobre a necessidade do acompanhamento. Explicar aos familiares a necessidade da mudança de posição do paciente de modo que favoreça a respiração e a mobilização das secreções para que não ocorra uma nova inflamação pulmonar. Orientar o paciente a encher balões para a expansão dos alvéolos, assim melhorando sua respiração. Educar para a promoção da saúde facilitando a auto-responsabilidade através de identificação dos riscos e promovendo o envolvimento familiar no planejamento. e) *Risco de Integridade Tissular Prejudicada relacionado ao comprometimento circulatório.* Plano de cuidado: explicar para paciente e familiar o problema vascular, causado pela má circulação decorrente do acúmulo de gordura, hipertensão e diabetes, que causam maior risco de lesão e fluxo sanguíneo venoso alterado. Avaliar a pele diariamente para evitar ressecamente ou rupturas e ficar atento a alterações, como hematomas. Orientar a minimização dos fatores de risco, evitando alimentos ricos em colesterol, sódio e glicose. f) *Risco de Controle Ineficaz do Regime Terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre condição, automonitoramento da glicose sanguínea, medicamentos, dieta de substituição da ADA (Associação Americana de Diabete), tratamento da hipoglicemia, controle do peso, cuidados diários, programa de exercícios, sinais e sintomas de complicações e recursos da comunidade.* Plano de cuidado: informar a importância do controle da glicose sanguínea diariamente. Explicar o regime terapêutico. Orientar paciente e familiares a buscar informações com profissionais da saúde caso apareçam novos sintomas. Incentivar a mudança no estilo de vida para o controle do peso e ingesta adequada de

calorias, ressaltando a importância de um acompanhamento nutricional. g) *Enfrentamento Ineficaz relacionado ao consumo maior de alimentos em resposta aos estressores externos.* Plano de cuidado: dedicar-se a atividades que o distraiam aliviando o estresse, reduzindo assim a ingesta calórica. h) *Risco de Controle Ineficaz do Regime Terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre as adaptações às atividades da vida diária, cuidados com o coto e continuidade dos cuidados.* Plano de cuidado: providenciar o gerenciamento do cuidado domiciliar, objetivando a melhora na qualidade de vida do paciente. Determinar os equipamentos necessários, considerando a disponibilidade, o custo e a durabilidade, para melhorar a qualidade de vida. Manter a extremidade (coto) em posição pendente e aquecida. Orientar o movimento periódico no leito, a fim de evitar úlceras de pressão. **Considerações finais:** O estudo possibilitou um grande aprendizado sobre o papel do enfermeiro, enfatizando a necessidade de prestar um cuidado integral para evitar complicações e subsequentes doenças. A assistência prestada objetivou a prevenção e promoção da saúde. Assim, para que a SAE seja implementada, além de ter de adquirir habilidade para realizar o exame físico, o raciocínio diagnóstico, o planejamento e a implementação de cuidados – etapas contempladas durante a implantação do processo de enfermagem -, o enfermeiro deve também conhecer o ambiente de trabalho no qual a SAE será implementada, e ficar ciente do motivo da existência do serviço de enfermagem na instituição e dos objetivos desse serviço (TANNURE; PINHEIRO, 2010). Essa primeira experiência acadêmica, de um contato com o paciente e a utilização de um sistema desconhecido, evidenciou uma série de dificuldades, como a abordagem de familiares e paciente, a comunicação efetiva fazendo-os compreender a importância dos cuidados explicados e o motivo das doenças prévias e internação. Finalizando, é imprescindível ressaltar o aprendizado disponibilizado por meio da implementação de um cuidado organizado embasado na SAE, que proporcionou maior segurança nas ações realizadas, bem como uma visão mais integral e humanizada do cuidado prestado.

Referências

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Manual de diagnósticos de enfermagem.** 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

COFEN. **Resolução 311/2007**: Código de ética dos profissionais de enfermagem. Local: COFEN, 2007. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4394>. Acesso em: 31 mar. 2011.

COFEN. **Resolução 358/2009:** Sistematização da assistência de enfermagem. Local: COFEN, 2009. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>. Acesso em: 04 abr. 2011.

TANNURE, Meire Chucre; PINHEIRO, Ana Maria. **SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem:** Guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

65 CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS SOBRE AS TECNOLOGIAS LEVES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA FAMÍLIA

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos
(Professora doutoranda, coordenadora do Projeto de Pesquisa)

RESTA, Darielli Gindri
(Professora doutoranda, participante do Projeto de Pesquisa)

PERDONSSINI, Leila Georcelei de Brizola;
(Acadêmica de Enfermagem UFSM/CESNORS. Bolsista PET/Enfermagem. E-mail: leilaperdonssini1@hotmail.com)

GUZZO, Patrícia Caprini
(Acadêmica de Enfermagem UFSM/CESNORS)

Descritores: Saúde da Família; Enfermagem; Cuidado; Acolhimento.

Introdução: Trata-se de um fragmento de resultados obtidos do projeto de pesquisa intitulado "A visão de profissionais e usuários sobre acolhimento e vínculo em uma Estratégia de Saúde da família", o qual apontará a utilização das tecnologias leves pelos profissionais de saúde para a produção diária do cuidado. A Estratégia da Saúde da Família – ESF, esta pauta o seu trabalho dentro de uma construção horizontalizada e menos prescritiva das ações de saúde. Sustenta-se em seus pilares de trabalho, os quais são: o trabalho em equipe, a adscrição da clientela, o estabelecimento de vínculos e o foco na atenção a família, na tentativa de humanizar o atendimento (BRASIL, 2006). A ESF atualmente assume o compromisso quanto à utilização das tecnologias de relação (leves) para a produção do cuidado na atenção básica, essas tecnologias incluem ações de acolhimento, vínculo, autonomização e gestão (MERHY, 2007). Podemos considerar o acolhimento como a ferramenta de acesso do usuário ao serviço de saúde, pois tem como objetivo o de garantir o princípio da universalidade e a busca da integralidade e eqüidade, com vistas a fortalecer as ações de humanização dos serviços de saúde. É neste momento que os profissionais buscam pela produção do vínculo, com o objetivo de prestar atendimento, obter resolutividade e estimular a autonomia do usuário. Para Schimith e Lima (2004) o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço, além de ser reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Desta forma, o acolhimento e o vínculo são importantes estratégias para potencializar o auto-cuidado e qualificar a assistência prestada pela equipe de saúde, pois permitem que se estabeleça uma relação sujeito-sujeito onde o profissional e usuário participam de forma ativa no processo de cuidado. As dificuldades existentes na utilização dessas ferramentas de cuidado provocam desgaste na relação profissional-usuário, no qual tal situação pode ainda gerar problemas mais acentuados e também a desistência da procura do usuário pelo serviço de saúde. **Objetivo:** Neste sentido o presente projeto teve como objetivo identificar as dificuldades e facilidades em relação ao acolhimento e a criação de vínculo entre profissionais e usuários da ESF. **Metodologia:** Neste enfoque foi realizado um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa através de entrevistas semi-estruturadas individuais gravadas em uma Estratégia de Saúde da Família, os dados foram coletados nos meses de julho a setembro de 2010. Para Minayo (2007) este tipo de estudo se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de crenças, valores, significados e outros construtos das relações que não podem ser reduzidos à

operacionalização de variáveis. O local de estudo foi uma Unidade da Estratégia de Saúde da Família a qual iniciou suas atividades no ano de 2007 e atualmente cobre 1800 famílias, num total de 7320 pessoas. Os participantes da pesquisa foram os profissionais que compõem a equipe de saúde da família constituída no momento por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde e um auxiliar de serviços gerais, e dez usuários da referida ESF, os quais foram escolhidos por um sorteio. Participaram do estudo todos os profissionais da equipe. As entrevistas foram previamente agendadas conforme datas e horários da equipe e dos usuários, de acordo com sua disponibilidade e interesse. Todos que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Comprometimento Livre e Esclarecido em duas vias, mediante esclarecimentos da pesquisa e garantia de anonimato e sigilo das informações, respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal de Santa Maria na data de 29/06/2010 sob n° 23081.007208/2010-82, onde cada profissional corresponderá pela sigla P e os usuários pela U. A análise dos dados deu-se por meio da Análise de conteúdo Temático, esse método de análise ocorre por meio da organização, leitura e discussão dos dados coletados (MINAYO, 2007). As fitas gravadas foram transcritas, analisadas e classificadas em categorias emergentes. **Resultados**: Durante a pesquisa evidenciou-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, com idade entre 25 e 55 anos. A maior parte deles não teve experiência prévia de trabalho na ESF, dois possuem especialização, sendo um na área em que atua e um na área da educação. Grande parte dos profissionais atua na ESF desde sua implantação no município, ficando em torno de três anos de trabalho. No entendimento dos profissionais, o acolhimento significa “receber bem o usuário na unidade”, considerando esta ferramenta como uma ação momentânea, que fica restrita ao momento da recepção. Esse achado é confirmado por outro estudo, o qual aponta que a cultura dos profissionais sobre o acolhimento está relacionada ao conceito de “receber bem”. No entanto, essa mesma pesquisa apresenta alguns avanços nas concepções dos profissionais sobre o ato de acolher como “ouvir o usuário”, “estar atento”, “compreender e solidarizar” (Silveira et al., 2004). Quando questionados sobre o significado de vínculo, os profissionais relataram que este se caracteriza pela confiança entre profissional e usuário, ou seja, criar uma relação de amizade em que os usuários sentem-se à vontade para contar seus problemas e a partir disso os profissionais possam prestar uma assistência resolutiva. Destaca-se que este aspecto foi mencionado com mais ênfase principalmente pelos ACS. O vínculo foi mencionado como positivo no trabalho dos profissionais e, muitas vezes, faz com que haja a valorização das suas ações por parte dos usuários. Ressalta-se que em nenhum momento o acolhimento e vínculo foram tidos pelos profissionais como ferramentas utilizadas para a produção do cuidado, o que diante do modelo de saúde preconizado pela ESF se torna preocupante. **Conclusão:** Atualmente cada vez é maior a aproximação entre profissionais e usuários no serviço de saúde, portanto notou-se uma pequena dificuldade em abordar a temática tecnologia de relações com os profissionais da saúde, entende-se que isto se dá também pelo fato do acolhimento e vinculo interferirem direto ou indiretamente na resolutividade e na construção da produção de cuidado. É vigente a necessidade da realização de capacitações para toda a equipe da estratégia, para que assim possam utilizar as tecnologias leves como ferramentas de trabalho na produção do cuidado. As capacitações oportunizarão trabalhar temas como a cooresponsabilidade, resolutividade, ética no serviço, valorização profissional. Percebe-se que o entendimento dos profissionais sobre acolhimento como “receber bem”, e do vínculo como “confiança”, condiz com a realidade condicionada a esses trabalhadores, estes achados condizem com o que a literatura traz em outras pesquisas. Porém sabemos que o acolhimento e vínculo perpassam esses dois significados, pois essas tecnologias quando utilizadas como ferramenta de trabalho, atingem o objetivo da ESF, ou seja, a responsabilidade, vendo assim o sujeito em seu contexto social além do seu processo

saúde-doença. Ressalta a importância do trabalho humanizado dentro de uma ESF, pois este permite a melhoria das relações de uma forma mais horizontalizada a fim de sensibilizar a comunidade adscrita para participar de forma ativa no processo saúde doença fazendo valer a troca de saberes entre o popular e o cientifico.

Referências

SILVEIRA et al. **Acolhimento no programa saúde da família: um caminho para humanização da atenção à saúde.** Paraíba, 2004. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1707/1415>.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004.

MERHY E. E. SAÚDE: **A cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cartilha da Política Nacional de Humanização**, Brasília, 2006.

66 GRUPOS DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS: ESPAÇO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

HIRT, Maiara Carmosina
(Acadêmica do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM. Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS E-mail: maiara_hirt@hotmail.com)

ARBOIT, Jaqueline
(Acadêmica do Curso de Enfermagem do CESNORS/UFSM. Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

HILDEBRANDT, Leila Mariza
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, docente do Departamento de Ciências da Saúde UFSM/CESNORS)

Descritores: Promoção da saúde; Saúde do Idoso; Enfermagem.

Introdução: O presente relato visa descrever experiências vivenciadas por duas acadêmicas de Enfermagem, inseridas no contexto de grupos de convivência para idosos, em um município do interior do Rio Grande do Sul. Esta atividade se constituiu como parte do Projeto de Extensão "Atividade grupal como instrumento de inserção social: vivências de grupos operativos". Este tem por objetivo central incrementar a socialização de idosos e pessoas portadoras de doenças mentais, cujos vínculos sociais encontram-se fragilizados, no Município de Palmeira das Missões - RS, mediante ações direcionadas à promoção da saúde física, social e mental. Para atingi-los são realizados encontros com os idosos, nos quais os acadêmicos desenvolvem oficinas, dinâmicas, confraternizações, dialogam e debatem assuntos pré-determinados pelos integrantes dos grupos de acordo com seus interesses. **Objetivo:** Descrever as vivências a partir de oficinas de promoção da saúde realizadas junto a um grupo de convivência para idosos. **Metodologia:** O relato se dá a partir da observação e do desenvolvimento de oficinas com idosos em um grupo de convivência no papel de coordenadoras e observadoras da dinâmica grupal, ao longo do segundo semestre do ano de dois mil e dez, contabilizando um total de dez encontros. O grupo denomina-se "Amigos para Sempre", é composto por cerca de 20 mulheres, com idade que varia de 60 a 85 anos. Salienta-se que, comumente, a participação nas oficinas se restringe para cerca de 10 mulheres em cada encontro. A não frequência nos encontros tem sua justificativa baseada principalmente em problemas de saúde, relacionadas a questões pessoais ou outras atividades. As oficinas foram realizadas quinzenalmente, nas quartas-feiras, pela parte da tarde, tendo duração média de 2 horas. Estas eram acompanhadas e coordenadas por acadêmicos do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS de diferentes semestres, o que também contribuía na troca de conhecimentos e experiências entre seus pares e destes com as idosas, enriquecendo o conteúdo dos encontros. Nos intervalos quinzenais, na semana em que os acadêmicos não se faziam presentes, as atividades eram conduzidas por profissionais da Secretaria Municipal de Ação Social, haja vista que o grupo é vinculado a esta, momento que, basicamente, desenvolviam ações de cunho artesanal, como pintura, crochê, colagem, entre outras. **Resultados/discussão:** Destaca-se, inicialmente, a importância que os grupos de convivência têm para a vida dos idosos e seus familiares. Os encontros grupais se constituem em um novo espaço de expressão, aprendizado, troca de experiências, valorização individual, social e de desenvolvimento

biopsico-socio-cultural dos indivíduos, em especial, daqueles que se encontram na velhice[1.] Assim, as atividades desenvolvidas nos grupos tiveram o objetivo de atuar nas diversas dimensões do sujeito, proporcionando, dentre outros aspectos, a possibilidade de recuperar ou manter o nível de sua auto-estima, a independência, a autonomia, a capacidade funcional e a qualidade de vida, além da socialização, pois frequentemente os idosos possuem vínculos sociais fragilizados. O grupo de idosas no qual desenvolvemos as oficinas, se trata de um grupo heterogêneo no que tange a vitalidade e a possibilidade de realização de determinadas atividades, uma vez que as condições de saúde física não permitiam a participação das idosas em todas elas, sendo um exemplo, o alongamento. Desta forma, tornava-se imprescindível a adequação das atividades propostas à realidade individual, para que o trabalho fosse produtivo. Assim, em todos os encontros grupais foram realizadas dinâmicas interativas, de socialização e de expressão corporal. Desse modo, foi possível ao longo de cinco meses desenvolver um trabalho que favorecesse a manutenção da capacidade funcional, a autonomia e a independência, e que contemplasse as reais necessidades das mulheres idosas integrantes do grupo, destacando a carência afetiva, comunicativa e interativa. Sabe-se que as atividades grupais, quando desenvolvidas em ambientes e relações mais saudáveis e democráticos, apresentam um grande potencial para se transformarem em instrumentos potencializadores de um trabalho produtivo e são aplicáveis para fazer emergir nos profissionais a arte de conviver, além de constituírem uma importante ferramenta terapêutica ou de capacitação dos atores envolvidos no processo[2]. A partir da observação da dinâmica grupal identificou-se que as idosas participantes do grupo Amigos para Sempre apresentavam grande necessidade de conversar e de expressar seus sentimentos, numa inter-relação com as demais idosas e com os acadêmicos envolvidos**.** No decorrer das oficinas diferentes recursos de ensino foram utilizados, dentre eles dinâmicas grupais e atividades de recreação, tendo em vista o estabelecimento e o fortalecimento de vínculos, a descontração e a participação ativa, ao mesmo tempo em que se realizava a educação em saúde, abordando aspectos da prevenção de doenças e a promoção da saúde e da qualidade de vida das idosas. As ações educativas de promoção da saúde que foram desenvolvidas junto ao grupo podem ser resumidas em atividades de lazer, recreação, socialização e abordagem de temas do campo da saúde como: resfriado, diabetes, hipertensão, câncer, medicamentos entre outros**.** Considera-se que, ao desenvolver ações de educação em saúde junto a idosos, é de fundamental relevância dar ênfase à autonomia, vitalidade, independência e satisfação pela vida, ponderando acerca das mudanças biológicas, psicológicas e sociais inerentes ao processo de envelhecimento[3.] Desse modo, os encontros grupais realizados com a população idosa têm importância no que diz respeito à promoção da reconstrução da identidade, a qual pode estar prejudicada, além de possibilitar o resgate de vínculos familiares[4]. Neste sentido, compreende-se que o enfermeiro como coordenador é responsável por fazer com que as atividades desenvolvidas dentro do grupo alcancem o resultado almejado. Além disso, na realização dos encontros eram consideradas algumas premissas dentre elas, a horizontalidade das relações, visando à equidade entre coordenação e membros numa contínua troca de vivências e saberes. Destaca-se, ainda, que outros elementos relevantes foram observados para o bom andamento das atividades grupais, como: a formação de vínculo, o respeito mútuo, a confiança, o cumprimento de horário, o acolhimento, a valorização de cada integrante, atributos que devem estar presentes na relação de qualquer grupo de convivência. Neste sentido, os verdadeiros resultados do processo grupal surgem a partir do momento em que as pessoas sentem-se tranqüilas e seguras para transmitirem suas idéias e anseios, numa rede de confiança mútua e acolhimento[5]. **Considerações finais:** Avaliando as atividades desenvolvidas, pode-se dizer que estas se mostraram positivas, no sentido do aprendizado obtido pelas acadêmicas na convivência com as idosas do grupo "Amigos para Sempre", visto que houve uma aproximação entre gerações distintas e, portanto, com saberes de diferentes níveis. Este tipo de atividade se torna

fundamental para a formação e posterior exercício profissional ao permitir que este, desde a graduação, se insira em um espaço de desenvolvimento de abordagens grupais, as quais vêm dando suporte fundamental ao trabalho do enfermeiro. Nesta perspectiva, faz-se necessário, a partir da observação da dinâmica grupal, analisar as contribuições das atividades para com as integrantes do grupo. Foi possível identificar que as mulheres passaram a participar mais efetiva e assiduamente dos encontros, o que pode estar relacionado à forma como as atividades foram conduzidas. Também se evidenciou que as idosas adquiriram maior autonomia, especialmente no que tange ao planejamento das temáticas abordadas, visto que os acadêmicos proporcionavam um espaço de discussão e de diálogo, em que elas podiam expor suas dúvidas e expectativas em relação a sua situação de vida. Desse modo, entende-se que se deve estimular a criação e a manutenção dos grupos de convivência com a finalidade de ofertar espaço de socialização para um maior número de idosos.

Referências

1. Silva MI, Kinoshita F. A participação dos idosos nos grupos de convivência como uma possibilidade de um envelhecimento saudável. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão 2009;7.

2. Motta KAMB et.al. As trilhas essenciais que fundamentam o processo de desenvolvimento da dinâmica grupal. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007; 9(1): 229-41.

3. Martins JJ et.al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007; 9(2): 443-56.

4. Zimerman DE, Osório LC**.** Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

5. Santos LM, Da Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. Revista de Saúde Pública, 2006; 40(2): 346-52.

67 MULHERES PORTADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: INSERÇÃO SOCIAL EM ATIVIDADES GRUPAIS

SCHONS, Vanessa Fátima
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Bolsista PET Enfermagem CESNORS. vaneschons@hotmail.com)

BORTOLI, Vanessa da Silva
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Bolsista PET Enfermagem CESNORS)

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora PET Enfermagem CESNORS/UFSM)

HILDEBRANDT, Leila Mariza
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFSM)

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Grupo Social;

Introdução: Trata-se de um relato da vivência, resultante de um projeto de extensão que é desenvolvido junto a um grupo de mulheres, que apresentam história de sofrimento psíquico, especialmente, manifestações depressivas. O projeto tem o objetivo de propiciar ambiente de interação entre acadêmicos e pessoas portadoras de doenças mentais, se constituindo em um espaço de ensino-aprendizagem e de vivências do trabalho interdisciplinar. Também, ser um local de socialização e construção de ações que promovam saúde, e de produção do conhecimento e exercício de uma metodologia - intervenção grupal - no cuidado de pessoas. Entende-se que, durante longo tempo da história brasileira as pessoas portadoras de doenças mentais foram excluídas do convívio social, período este vivenciado desde o advento da psiquiatria cientifica. As pessoas portadoras de doenças mentais eram afastadas da sociedade e também de suas famílias. Remetidos aos hospitais psiquiátricos permaneciam isolados, a mercê do abandono[1]. Por muito tempo os doentes mentais permaneceram ocultos da sociedade, contudo a II Guerra Mundial foi determinante no questionamento dos direitos humanos e a busca pela cidadania. O movimento pela transformação da assistência, no Brasil, se dá com a Reforma Psiquiátrica. A Reforma Psiquiátrica constitui um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria[1]. Com a nova proposta de assistência aos portadores de doenças mentais, inserem-se as atividades grupais, que constituem uma ferramenta importante de intervenção, como forma de re-inclusão, espaço para trocas de experiências e socialização, já que os doentes mentais apresentam vínculos sociais fragilizados. Em relação às atividades grupais e a enfermagem, o trabalho em grupo é uma modalidade de intervenção utilizada pela enfermagem desde a formação acadêmica até a vida profissional, seja na atenção direta ao paciente ou na interação com os demais profissionais da equipe[2]. Aliado ao trabalho grupal, a enfermagem utiliza a educação em saúde como uma forma de prevenir doenças e promover a saúde. As oficinas terapêuticas são uma modalidade benéfica e eficiente para pacientes psiquiátricos[3]. Nesses espaços, há possibilidade, a seus participantes, de expressão verbal, diminuição do sentimento de isolamento, o incentivo a cooperação entre os integrantes do grupo, melhora da auto-estima, o reforço da noção da realidade externa, o estimulo à relação interpessoal, o resgate da responsabilização e o encorajamento em prosseguir no grupo[3]. Além disso, nos encontros grupais ao promover a inter-relação entre os integrantes do grupo, cada

um pode compartilhar suas experiências e identificar potencialidades próprias para o enfrentamento das dificuldades cotidianas decorrentes do processo de adoecimento[4]. Assim, a enfermagem exerce papel fundamental no contexto de grupos, pois possibilita a socialização, detém o conhecimento sobre as suas dificuldades bem como as suas conquistas e objetiva a reabilitação. **Objetivo:** Descrever a experiência da inserção de estudantes de enfermagem junto a grupos de doentes mentais, cujos vínculos sociais encontram-se fragilizados, por meio de ações que levam a promoção da saúde física, social e mental, em um município do norte do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Relato das vivências ocorridas a partir da inserção no Projeto de Extensão "Atividade grupal como instrumento de inserção social: vivências de grupos operativos", do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. As atividades foram desenvolvidas junto ao um grupo destinado a mulheres que apresentam manifestações depressivas, adscritas a uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de um bairro do Município de Palmeira das Missões/RS. Os encontros foram semanais, no pavilhão da comunidade, com duração de duas horas. Participaram dos encontros, cerca de 20 mulheres portadoras de sofrimento psíquico, alguns familiares, os agentes comunitários de saúde, enfermeira da ESF, assistente social do município, médico psiquiatra, docentes e acadêmicos do curso de enfermagem, educação física, nutrição, entre outros profissionais que foram convidados a participar para a discussão de assuntos diversos. Salienta-se que o psiquiatra e a assistente social não freqüentaram todos os encontros. **Resultados:** Em todos os encontros foram realizadas técnicas de animação grupal, com o objetivo de integração, socialização e acolhimento dos participantes. Em algumas oficinas foram abordados assuntos de interesse daquela população, dentre elas: uso de medicação, depressão, saúde da mulher, importância das atividades físicas, alimentação saudável, entre outros questionamentos que ocorriam na medida em que se desenvolvia determinado tema. Em outras, houve a realização de atividades manuais como: confecção de enfeites natalinos, biscuit, culinária e pinturas. Entendemos que estas tarefas servem de mote para a comunicação intra-grupal, reforçando a socialização. Percebemos que alguns membros conseguem se inter-relacionar melhor, enquanto outros se mostram mais regressivos, com dificuldade maior de comunicação. Considerando este aspecto, os coordenadores buscam estimular a participação de todos, discutindo assuntos de seus interesses e respeitando sempre a individualidade de cada um. Estes encontros oportunizam, na verdade, uma relação de ajuda, como uma situação em que se busca resgatar os recursos internos de cada sujeito através do relacionamento interpessoal[5]. Também, foram programadas atividades desenvolvidas fora do local previsto para as reuniões, mediante sugestões do próprio grupo, como: passeios, piqueniques, festas, entre outras. Tais tarefas são planejadas pelo grupo com antecedência, já que, em muitas situações, precisamos providenciar meios para sua viabilização. Mesmo para aquelas realizadas no pavilhão são programadas antecipadamente, como festas de aniversário, páscoa e natal. O vínculo nos permitiu alcançar os objetivos propostos, por meio da colaboração e comprometimento de todos os integrantes do grupo. **Conclusão:** A participação em atividades grupais permite diversos benefícios para o grupo de mulheres e para os acadêmicos de enfermagem. Conclui-se, que a inserção de acadêmicos em grupos de mulheres que se encontram em sofrimento psíquico é de suma importância, pois, as técnicas grupais utilizadas foram facilitadoras de discussão e exposição de situações problemas vivenciadas por essas mulheres desencadeando nelas a facilidade de expressar os seus sentimentos. Também foi possível familiarizar-se e adquirir habilidades na coordenação e liderança de grupos, ainda na formação acadêmica, pois o trabalho da enfermagem é norteado pelo trabalho em equipe. Mediante a realização das atividades houve troca de saberes e experiências, por meio de diálogos espontâneos e terapêuticos, facilitando na ampliação dos conhecimentos.

Referências

1. Amarante P. (coord.). Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

2. Câmara MFB, Damásio VF, Munari DB. Vivenciando os desafios do trabalho em grupo. Revista Eletrônica de Enfermagem (online), 1999; 1(1): s/p. Disponível: http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/index

3. Zimerman DE, Osório LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

4. Hildebrandt LM, Leite MT, Piovesan SMS. Atividade grupal no campo da saúde mental: vivências no grupo de socioterapia do Bairro Glória – Ijuí/RS. Ciência, Cuidado e Saúde, 2002; 1(2): 309-313.

5. Rogers CR. Tornar-se pessoa. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

68 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOVENDO O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL COM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

GEHLEN, Rubia Geovana Smaniotto
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Bolsista Pet/RS/Brasil. E-mail: rubiageovana@yahoo.com.br)

PILATI, Andressa Luft
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Bolsista Pet/RS Brasil)

BORTOLINI, Eliege
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Bolsista Pet./ RS/Brasil)

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Dra.. em Gerontologia Biomédica, Professora do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora PET Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. RS/Brasil)

HILDBRANDT, Leila
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. BRASIL, Coordenadora do Projeto)

Descritores: Educação em saúde; Envelhecimento; Criança; Escola.

Introdução: Este trabalho é uma nota prévia do projeto de extensão intitulado Educação em saúde: promovendo o envelhecimento saudável com crianças em idade escolar. Entende-se que ao trabalhar ações educativas em saúde, se poderá fornecer conhecimentos específicos sobre hábitos de vida saudável, higiene, alimentação, saúde bucal e saúde mental o que, possivelmente, favorecerá para a promoção do bem estar e da qualidade de vida das crianças. Conceição (1994) conceitua "saúde do escolar" como um conjunto de diversas ações que devem envolver tanto os profissionais da área da saúde como os da educação, com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde das coletividades integrantes do sistema educacional. Nesse sentido, a escola se constitui em um espaço excepcional para o desenvolvimento de intervenções que visam melhorar as condições de saúde e hábitos de vida das crianças, podendo ser uma estratégia para a solidificação de ações de promoção da saúde, na qual estimula o desenvolvimento humano saudável (SCHMITZ et al, 2008). As crianças em fase escolar são consideradas indivíduos em crescimento e desenvolvimento, com necessidades específicas. Assim, percebe-se a necessidade de implementar estratégias que promovam autocuidado, englobando ações sobre alimentação, higiene corporal e bucal, prevenção de doenças, exercícios físicos, entre outros, aspectos esses que proporcionam, futuramente, um envelhecimento saudável. Os educadores têm também papel fundamental nesse espaço, pois são com eles que as crianças aprendem as primeiras noções acerca do funcionamento do corpo humano, alimentação equilibrada e aspectos da higiene corporal e mental. Além disso, muitas vezes, os professores tornam-se modelos para seus escolares. Assim, devem estar capacitados e engajados no processo de aprendizagem, pois, cada vez mais o ensino do campo da saúde tem sido um desafio para a educação. Além do mais, os educadores atuam em conjunto com outros profissionais,

incluindo os da área da saúde, nutrição, psicologia, como um trabalho intersetorial e multidisciplinar. Criar momentos de debates sobre fatores favoráveis à saúde presentes na realidade dos alunos e da comunidade escolar, mobilizar projetos e ações relativas à saúde individual e coletiva se constitui em um modo de intervir e promover a saúde das crianças, utilizando-se das potencialidades da própria comunidade. O ambiente familiar representa uma influencia indispensável nesse processo, como fonte de informação e orientação. Por a criança ainda ser dependente da decisão dos pais ou familiares, os mesmos devem ter bons hábitos, incentivando positivamente a criança a ter uma boa alimentação, momentos de lazer, fazer atividades físicas regulares, entre outros (MONDINI, et al, 2007). Promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis, ainda, representa um grande desafio para os profissionais da saúde e da educação. Nesse sentido, a infância é um momento propício para a aquisição de comportamentos, incluídos aqueles relativos à alimentação. Observa-se que ações educativas na infância podem influir positivamente na formação do comportamento alimentar saudável e numa atitude positiva diante da adoção do mesmo (SCHMITZ et al, 2008). Segundo Halpern (2003), a obesidade infantil é um sério problema de saúde pública que vem aumentando em todas as camadas sociais da população brasileira, constituindo um sério agravo para a saúde atual e futura dos indivíduos. Considera-se que o local adequado para o desenvolvimento de atividades preventivas são as escolas, pois comumente as crianças fazem pelo menos uma refeição naquele espaço, possibilitando a educação nutricional, que pode ser trabalhada em qualquer disciplina e juntamente com a família, além de incentivar e facilitar a atividade física. A alimentação inadequada, além de ter consequências como a obesidade infantil, também pode acarretar doenças bucais, devido ao grande consumo de açúcar e falta de orientação quanto à higiene bucal. Segundo Vasconcelos et al (2008, p. 259), a exposição a bactérias e vírus é uma realidade contínua, fazendo-se necessários cuidados preventivos que passem por ações simples, tais como: lavagem das mãos antes da alimentação, banho diário, lavagem dos alimentos, escovação dos dentes, uso de água filtrada, dentre outras. Ressalta-se que ainda são comuns hábitos inadequados de higiene, seja por falta de informação ou por se desconsiderar a relevância da questão como fator que contribui para o desenvolvimento de agravos a saúde. **Objetivo:** Nesse contexto, o objetivo geral do projeto é promover a educação em saúde para crianças em idade escolar que freqüentam a 5ª série do Ensino Fundamental de uma escola no município de Palmeira das Missões-RS. **Metodologia**: A fim de operacionalizar e alcançar o objetivo proposto para a efetivação do presente projeto de extensão, serão realizados encontros quinzenais, com duração de aproximadamente duas horas, dependendo do decorrer das ações programadas. Para melhor entendimento e desenvolvimento das atividades serão utilizados recursos como: cartazes, data show, fantoches, DVDs, colagens, brincadeiras e dinâmicas grupais. As temáticas serão abordadas de maneira facilmente compreendida pelas crianças, utilizando-se de técnicas educativas ativas. Além disso, adotaremos a temática do grupo. **Resultados:** Por ser uma nota prévia ainda não estão disponíveis os resultados. **Conclusão:** Espera-se com esse estudo desenvolver nas crianças a autonomia para cuidar de sua saúde, tornando-os sujeitos de sua própria história, críticos e reflexivos. E para nós, acadêmicas do curso de enfermagem, almeja-se que possamos aprimorar conhecimentos técnico-científicos e habilidades importantes para o exercício profissional da enfermagem, proporcionando novas experiências e vivências para uma melhor formação acadêmica.

Referências

CONCEIÇÃO, José Augusto Nigro. Conceito de saúde escolar. In: **Saúde escolar:** a criança, a vida e a escola. São Paulo: Sarvier, 1994.

HALPERN, Zuleika. **Fórum nacional sobre promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade na idade escolar**. 2003. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/pagina/178/forum-nacional-sobre-promocao-da-alimentacao-saudavel-e-prevencao-da-obesidade.shtml>. Acessado em: 16/03/2011.

MONDINI, L. et al. Prevalência de sobrepeso e fatores associados em crianças ingressantes no ensino fundamental em um município da região metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública vol.23 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2007.**

SCHMITZ, B. A. S. et al. A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis: uma proposta metodológica de capacitação para educadores e donos de cantina escolar. **Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.2 Rio de Janeiro, 2008.**

VASCONCELOS, V.M. et al. Educação em saúde na escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil, **Cienc Cuid Saude** 2008 Jul/Set; 7(3):355-362.

69 INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO ASILAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

JANTSCH, Leonardo Bigolin
(Acadêmico de Enfermagem, Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS E-mail: leo_jantsch@hotmail.com)

STAMM, Bruna
(Acadêmica de Enfermagem, Bolsista voluntária PET de Enfermagem UFSM/CESNORS)

BOTH, Juliane Elis
(Acadêmica de Enfermagem, Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

PILATI, Andressa Caroline Luft
(Acadêmica de Enfermagem, Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Dra. em gerontologia Biomédica , Profa. do Departamento de Ciências da Saúde, Tutora PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

HILDEBRANDT, Leila Mariza
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, Profa. do Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS)

Descritores: Asilo; idoso; enfermagem.

Introdução: Em uma sociedade marcada pelo crescente envelhecimento e por mudanças sociais, tais como a urbanização, alterações na estrutura familiar, movimentos feministas e a diminuição no número de cuidadores, faz com que os cuidados com os idosos sejam transferidos da responsabilidade familiar e estatal à sociedade, ampliando o número de instituições de longa permanência para idosos (ILPI), comumente denominados de asilos. Nas ILPIs a necessidade da atuação de uma equipe multiprofissional é essencial, pois em geral os idosos ali residentes sentem-se mais fragilizados física e emocionalmente. Além disso, identifica-se com frequência que os profissionais que atuam nessa área ainda não estão adequadamente qualificados para o cuidado com esses idosos[1]. Nessa problemática, o idoso institucionalizado constitui, quase sempre, um grupo privado de seus projetos, pois se encontra afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída[1]. Destaca-se que as Instituições de Longa Permanência para Idosos são consideradas unidades de saúde de baixa complexidade que tem a função de atender a pessoa idosa desprovida de condições de auto-gestão da vida. O funcionamento das ILPIs foi normatizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Resolução – RDC 283/20055, com base nas diretrizes da Política Nacional do Idoso[2]. A RDC considera as ILPI conforme a complexidade de cuidados e define as características físicas de equipamentos e recursos humanos mínimos para o seu funcionamento, de forma a assegurar os critérios de acesso, resolubilidade e humanização[3]. Considerando estes aspectos, o curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior do Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS) oferece a seus acadêmicos a disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto. Nela ocorre o desenvolvimento de conteúdos relativos à gerontologia e geriatria, possibilitando a aquisição de conhecimentos teóricos e de cuidados à saúde do idoso. Este conteúdo é trabalhado em dois momentos: discussão teórica sobre demografia, epidemiologia, aspectos

sociais, culturais e religiosos do envelhecimento, intervenção de enfermagem nos diferentes espaços de inserção das pessoas idosas como: domiciliar, familiar, grupal, asilar, hospitalar entre outros. Também, se desenvolvem atividades práticas nesses locais, em especial, nos encontros grupais e na instituição asilar. Salienta-se que o enfermeiro em uma instituição de longa permanência para idosos tem importante papel na promoção da saúde, prevenção de agravos e na recuperação das condições clínicas. Também, em constituir e fortalecer a atuação de equipe multiprofissional e interdisciplinar, para que o os cuidados prestados sejam os melhores possíveis e as práticas estabelecidas na Política Nacional da Saúde do Idoso sejam cumpridas. É de importância ressaltar a inserção acadêmica nesse campo da área da saúde, como aula prática, a fim de qualificar o conhecimento e a formação de profissionais capacitados acerca da saúde do idoso. Assim, este estudo tem o **objetivo** de relatar as intervenções desenvolvidas por acadêmicos do curso de enfermagem, junto a idosos de uma instituição de longa permanência e descrever as ações educativas realizadas com esta população no decorrer dessa disciplina. **Metodologia:** As atividades práticas foram realizadas no decorrer do mês de novembro de 2010, no turno da manhã. A instituição abriga 42 idosos, 27 do sexo feminino e 15 do sexo masculino. A idade dos idosos varia de 48 a 98 anos e a média de tempo na instituição é de oito anos. A equipe de trabalhadores é composta por uma técnica de enfermagem, uma professora pedagoga que é coordenadora da instituição, seis atendentes, sete profissionais dos serviços gerais (higiene, cozinha, lavanderia) e um trabalhador que atua na horta e faz a limpeza do pátio. O objetivo primordial dessa atividade, além da aquisição de conhecimento e interação com a população idosa por parte do acadêmico, é aumentar auto-estima do idoso e reconhecê-lo com todos os direitos de cidadania, defendendo sua dignidade. **Resultados:** Foram realizadas diversas atividades a fim de proporcionar bem estar físico e mental aos idosos institucionalizados e adquirir conhecimentos por parte dos acadêmicos. As tarefas iniciais se basearam na apresentação pessoal e conversa informal com os idosos, com o objetivo de conhecer a situação e o ambiente asilar, bem como as atividades realizadas por eles na instituição em seu cotidiano. Em um segundo momento, propôs-se a realização de uma caminhada com os idosos, a fim de exercitar a prática de exercícios físicos, como, também, proporcionar um passeio ao ar livre, possibilitar o conhecimento de outros lugares e interagir com a comunidade local. Esta atividade, para alguns, possibilitou reviver e voltar a ir para locais antes frequentado por eles, aguçando lembranças do passado e fortalecendo seu convívio com a comunidade, perdido durante a permanência na instituição asilar. Na sequência em outro encontro foi proposta a realização de consultas de enfermagem, em que foi realizada entrevista de enfermagem, exame físico e fornecido orientações. A partir dessa atividade identificou-se que os exames preventivos de câncer de colo uterino nas mulheres asiladas não são realizados sistematicamente. Desse modo, entrou-se em contato com a Secretaria Municipal de Saúde para que este serviço fosse oferecido para as idosas. Devido a diversas dificuldades e limitações locais do serviço essa tarefa não foi desenvolvida no ano de 2010, contudo prevê-se que ela aconteça nesse ano de 2011. Do mesmo modo, os idosos do sexo masculino serão encaminhados para a realização de exames preventivos de câncer de próstata. Morbidades estas frequentes na população dessa faixa etária. Essa tarefa proporciona ao acadêmico a aquisição de conhecimentos e habilidades no trato da pessoa idosa, reforça o papel do enfermeiro em uma instituição asilar, bem como fortalece as práticas de promoção e recuperação da saúde dos idosos institucionalizados. Considera-se que desconhecimento de aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais próprios da pessoa idosa, por parte dos profissionais que prestam assistência, favorece para as deficiências na compreensão do idoso e para o atendimento inadequado. Além disso, autocuidado, a autonomia e a independência não serão estimulados ou serão anulados pelo profissional despreparado que assiste o idoso[4]. Em outro encontro foi realizada oficinas de beleza, com a finalidade de embelezar e

melhorar a auto-estima dos idosos. Também, desenvolveram-se sessões cinematográficas com filmes de temática da época de 1950, a fim de retratar e identificar as atividades realizadas por eles naquele período. **Reflexões finais:** Esta experiência transcorreu de modo a conhecer, entender e interagir com um estrato populacional com particularidades específicas. Revelou-nos uma realidade de um espaço no qual há idosos que necessitam de atenção e de intervenções de uma equipe multiprofissional, entre eles o enfermeiro. A experiência dos acadêmicos junto ao idoso institucionalizado amplia a dimensão de vida, a valorização das pessoas e do momento presente, e serve como ponto de reflexão sobre o futuro.

Referências

1. Freire Junior RC, Tavares MFL. Health from the viewpoint of institutionalized senior citizens: getting to know and value their opinion, Interface - Comunic, Saúde, Educ. 2004/5; 9(16): 147-58.

2. Brasil. MPAS. Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994. BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741 de 1 de outubro de 2003.

3. Brasil. MS. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília: ANVISA; 2005.

4. Reis PO, Ceolim MF. O significado atribuído a ‘ser idoso’ por trabalhadores de instituições de longa permanência Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(1):57-64.

70 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

GUZZO, Patrícia Caprini
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/CESNORS, pathy_capriniguzzo@yahoo.com.br)

COSTA, Marta Cocco da
(Enfermeira, orientadora do projeto. Profª. Assistente I da UFSM/CESNORS, Palmeira das Missões. Doutoranda em Enfermagem)

JAHN, Alice do Carmo
(Enfermeiras, Profªs. Assistente I da UFSM/CESNORS, Palmeira das Missões, RS. Mestre em Enfermagem)

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos
(Enfermeira, Profª. Assistente I da UFSM/CESNORS, Palmeira das Missões, RS. Mestre em Enfermagem)

RESTA, Darielli Gindri
(Enfermeira, Profª. Assistente I da UFSM/CESNORS, Palmeira das Missões, RS. Mestre em Enfermagem)

SILVA, Ethel Bastos da
(Enfermeira, Profª. Assistente I da UFSM/CESNORS, Palmeira das Missões, RS. Mestre em Enfermagem)

Descritores: Capacitação em serviço; enfermagem em saúde comunitária; educação em saúde.

O presente relato de experiência foi extraído do projeto de extensão intitulado "A Educação Permanente em Saúde como estratégia de instrumentalização dos Agentes Comunitários de Saúde para a produção do cuidado". Sabe-se que a educação permanente busca a concretização das propostas de qualificação da assistência e de humanização preconizados pelo Sistema Único de Saúde, visto evidenciar-se uma necessidade iminente de implementação de ações e estratégias de formação contínua junto aos profissionais da saúde. Seguindo o raciocínio de Ceccim (2005), o projeto buscou ao longo de seu desenvolvimento responder a perguntas sem respostas que surgiram de problemáticas existentes no cotidiano de trabalho dos sujeitos neste caso, os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, estimulando a atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Os ACS começam a desenvolver trabalhos de ação em saúde a partir de 1991 com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e atualmente, estão inseridos na Estratégia na Saúde da Família (ESF), hoje somam mais de 200.000 mil agentes no país (ARAÚJO; ROCHA, 2008). Esses trabalhadores atuaram sem um regime legal de 1991 até 2002, ano em que criou-se a lei de trabalho dos ACS nº10.507 de 10 de julho de 2002. Dentre as atividades desenvolvidas por esse trabalhador da saúde, cita-se que as mesmas consistem em conhecer as necessidades de saúde da população adscrita em sua microárea, realizar cadastro das famílias, visita domiciliária, organizar atividades que envolvam a promoção da saúde e prevenção de doenças e estimular a comunidade a desenvolver sua participação social. Cabe ainda destacar que uma das principais funções do ACS centra-se em estimular as famílias a participação comunitária e ao desenvolvimento da organização local (BRASIL, 2004). Observa-se que as demandas que chegam ao ACS vão além daquelas reconhecidas por eles como de ações de saúde básica, se referem às demandas de ordem sociais e não são reconhecidas como sendo parte de seu trabalho e quando tentam obter informações com os membros da equipe, não tem apoio para

realizarem um trabalho que se baseie em um novo modelo de atenção em que se reconhece a importância dos determinantes sociais como causadores de doença. Grande parte dos agentes visualiza sua ação profissional relacionada ao adoecimento e as ações são encaminhamentos para os serviços de saúde. Desta forma, a proposta da promoção e demais ações sociais não está presente no escopo do que entendem por atividades que constituem sua prática cotidiana (MALFITANO, LOPES 2009). Para realizar as atividades de educação permanente em saúde junto aos ACS, buscou-se a parceria da Secretaria Municipal de Saúde e dos profissionais de enfermagem responsáveis por estes trabalhadores. Primeiramente procurou-se conhecer as temáticas que os participantes gostariam de trabalhar nos encontros, partindo do seu cotidiano de trabalho e enfrentamento diário. O estudo foi desenvolvido junto a Estratégia de Saúde da Família - ESF e a Estratégia dos Agentes Comunitários de Saúde - EACS do município de Palmeira das Missões situado no noroeste do estado do Rio grande do Sul. Utilizou-se metodologia da problematização com o objetivo de potencializar participantes e agentes de transformação social, para detectar os problemas reais e buscar para eles soluções. Nesse sentido, partiu-se da reflexão sobre o que estava acontecendo no serviço e sobre o que precisaria ser transformado, a fim de debater e discutir soluções na própria realidade, desenvolvendo a criticidade dos agentes, suas habilidade e potencialidades, bem como ampliando a compreensão do processo saúde-doença-cuidado (FREIRE, 2005). A implementação deu-se por meio de oficinas educativas com os agentes comunitários de saúde, cada oficina contou com a presença de um mediador que conduziu as atividades e a média de ACS que participam foi de 25. Essas aconteceram mensalmente, durante os meses de abril a dezembro nos anos de 2009 e 2010, nas dependências do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST e do Campus da Universidade Federal de Santa Maria UFSM – Centro de Ensino Superior do Norte do RS – CESNORS Campus Palmeira das Missões. A educação permanente em saúde apresenta-se como principal ferramenta de instrumentalização dos trabalhadores da saúde, permitindo a troca de saberes de maneira acessível e constante, a partir de discussões que venham a somar e dar seguimento a assuntos de interesses desses trabalhadores. Nos dois anos de desenvolvimento do projeto, trabalharam-se diversas temáticas como: trabalho em equipe, auto-estima, visita domiciliar, saúde do idoso, participação popular, doenças sexualmente transmissíveis DSTs, leis que norteiam o trabalho dos ACS, visita domiciliaria, segurança pública, fitoterapia, zoonoses. No primeiro ano das oficinas de educação permanente observou-se a resistência por parte da equipe em partilhar saberes e de reconhecer os saberes dos ACS, após dois anos de desenvolvimento do projeto de extensão houve a inserção dos profissionais enfermeiros(as), e atualmente buscam junto com os agentes aprimoração da produção do cuidado como marcadores de seu processo de trabalho. Podemos dizer que ao desenvolver seu pensamento critico durante as oficinas de educação essa proporcionou aos ACS a oportunidade de conquistarem seu lugar diante da equipe a qual estão inseridos e durante o seu contato com a comunidade. Observa-se que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as competências necessárias para o desempenho eficiente de seu papel. Acredita-se ser necessária a instrumentalização contínua desse profissional, permitindo que o mesmo delineie sua identidade gradualmente dentro das equipes. O agente de saúde precisa estar instruído de seu papel e da sua pertinência, para que possa lutar pelo seu espaço e pela sua missão no Sistema Único de Saúde - SUS. Com isso, a proposta da Educação Permanente em Saúde como ferramenta norteadora, estimula o pensar-agir dos sujeitos em que são seres ativos da ação por meio das problemáticas tendo como objetivo potencializar a aprendizagem, ser agente da transformação social, para assim detectar problemas reais e buscar juntos soluções. Assim, os espaços coletivos de discussões proporcionaram momentos importantes em que os ACS puderam expor suas dificuldades, falar de temas que envolvem suas práticas, a troca de saberes e idéias, estimulando o

aprimoramento e a melhoria da produção do cuidado desenvolvido por esse trabalhador da saúde. A inserção dos acadêmicos de enfermagem nesse trabalho, possibilitou a aproximação dos mesmos de um campo prático e de futura atuação como profissionais enfermeiros (as), e permitiu criarem estratégias problematizadoras a partir do cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde e juntos construírem respostas as suas perguntas.

Referências

Ceccim RB, Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comunic Saúde Educ, 2005; 9(16):161-77

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):455-464, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública do Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde**.** Brasília, 2004.

Malfitano APS, Lopes RE. Educação popular, ações em saude, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. CAD. Cedes**,** Campinas, 2009; 29(79):361-372

Freire P. Pedagogia do oprimido. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005

71 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E O PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO COM O FAMILIAR

VEDOOTTO, Denise de Oliveira
(Enfermeira Residente pelo programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: dvedootto@bol.com.br)

SILVA, Rosângela Marion da
(Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria. Doutoranda em Enfermagem – DINTER Novas Fronteiras EEAN-UNIFESP-UFSM. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS)

Descritores: Serviços de saúde; Serviços hospitalar de enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

Introdução: Nas últimas décadas, o desenvolvimento dos recursos tecnológicos na área das ciências médicas e biológicas têm propiciado avanço na busca da qualificação dos atendimentos assistenciais. Apesar dessa evolução ter auxiliado no atendimento às necessidades do indivíduo, o que pode repercutir na melhoria da qualidade de vida, aspectos como questões psicossociais, ambientais e familiares devem ser consideradas no processo de internação. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa um espaço físico fechado, amparado por recursos tecnológicos, que se propõe a monitorização e vigilância do paciente por 24 horas. A equipe multiprofissional da UTI, em especial de enfermagem, necessita estar preparada e permanentemente atualizada para gerenciar a multiplicidade das informações e atender com competência a complexidade do cuidado a ser prestado.[1] Nesse sentido, a humanização no âmbito da saúde é uma necessidade que exige repensar sobre o modo como tem sido empregada no processo de cuidar, sendo necessário englobar a equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. Nesse contexto, destaca-se que o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que foi implantado como uma possibilidade de qualificar o sistema de saúde vigente em que a humanização pode ser entendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde. De acordo com essa política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento.[2] **Objetivos:** Nesse contexto, delineou-se como objetivo deste estudo identificar, analisar e relacionar os processos de humanização percebidos por familiares de pacientes internados em uma Unidade de Tratamento Intensivo adulto de um Hospital Universitário. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto de um Hospital Universitário localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul. Participaram os familiares de pacientes internados na UTI adulto. Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos, possuir familiar internado na UTI adulto, independente do grau de parentesco e concordar voluntariamente em participar da pesquisa. Foram excluídos os familiares que estavam emocionalmente desestabilizados após as visitas. A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada norteada por um roteiro com questões relativas aos objetivos desta pesquisa. Foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em caso de concordância com os termos expostos. As entrevistas ocorreram individualmente, no período de julho a setembro de 2010 com um familiar de cada paciente internado na UTI, escolhido aleatoriamente. As entrevistas foram gravadas com o auxílio de gravador digital após a autorização verbal do pesquisado. Foi utilizado o critério de saturação da amostra. Os dados, após transcritos, foram submetidos à técnica de análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo. Esta pesquisa segue os princípios preconizados pela

Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde[3]. Assim, no intuito de respeitar o anonimato, os familiares foram identificados pela letra "F" (Familiar) seguida pelo número cardinal sequencial conforme a realização das entrevistas. A pesquisa recebeu autorização do Comitê de Ética da Instituição em que o Hospital está vinculado sob número do processo 23081.006625/2010-16, e número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0064.0.243.000-10 em maio de 2010. **Resultados e discussões:** A população que constitui a amostra desta pesquisa foi formada por 15 familiares. Os participantes eram na sua maioria do sexo feminino (9) e residentes na cidade em que se localiza a instituição. A faixa etária variou entre 18 e 65 anos e, com relação à escolaridade, foram identificados familiares com 1º grau incompleto (3), 1º grau completo (5), 2º grau incompleto (1), 2º grau completo (5) e com ensino superior (1). O tempo de internação dos pacientes, conforme o relato dos familiares, variou entre 3 e 29 dias. Dentre os familiares entrevistados, o grau de parentesco variou entre filhos, esposo (a), irmãos, pai, mãe, tia e sogro. A análise das entrevistas possibilitou a construção das categorias temáticas: Práticas de cuidado percebidas pelo familiar, Percepção do familiar sobre a integração com a equipe médica e de enfermagem e o Processo de humanização aliado ao contexto vivenciado pelos familiares. Na apresentação deste trabalho será destacada a última temática para evidenciar o contexto da humanização. Na categoria temática: O processo de humanização relacionado ao contexto vivenciado pelos familiares, os mesmos relataram como são os processos de humanização relacionados ao contexto da internação hospitalar, no qual a família vivencia momentos de fragilidade e preocupação, acompanhados pelo temor do desconhecido, pois este ambiente pode remeter insegurança e ansiedade, gerando sofrimento e angústia. Estar com o paciente e auxiliar no cuidado são fatores que contribuem para a humanização da assistência. Todavia, isso se torna contraditório diante do relato de familiar que aborda a inflexibilidade nos horários de visita na UTI. É necessário repensar sobre isso, pois, para a Política Nacional da Humanização, a visita aberta e acompanhante é um direito instituinte, cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação, de forma a garantir o elo entre o paciente, sua rede social e os diversos serviços da rede de saúde. Esse processo mantém latente o projeto de vida do paciente, modifica a ação dos profissionais no espaço hospitalar, resignificando, ainda, o próprio papel da instituição hospitalar. [4] Permitir visitas em horários que não os pré-estabelecidos pela instituição pode amenizar o sentimento de sofrimento e a sensação de afastamento do familiar. Com relação ao questionamento de permissão para ajudar nos cuidados físicos do paciente os relatos dos familiares informam que não tem a oportunidade em ajudar, o que demonstra uma deficiência no processo de comunicação dos trabalhadores da UTI com os familiares que desejam ajudar, porém sentem-se impedidos ou impotentes diante da situação. A presença do familiar na inserção do cuidado ao paciente internado em UTI é uma questão a ser estudada e discutida na esfera da enfermagem e saúde, uma vez que se acredita que a comunicação efetiva e a compreensão por parte dos familiares das informações sobre o paciente transmitem o sentimento de confiança na equipe. Ainda mais, promover a autonomia do familiar no processo de cuidar é um fator que pode influenciar decisivamente no tratamento. Contudo, é necessária a disponibilidade daqueles que cuidam, iniciativa, resgate de valores, enfim, os trabalhadores precisam envolver os familiares no processo de cuidar. O contexto vivenciado pelos familiares pode ser traduzido por sentimentos e comportamentos por vezes difíceis de ser compreendidos. Assim, o suporte aos familiares necessita estar inserido no contexto de trabalho dos profissionais, sendo o diálogo, a escuta e o acolhimento aspectos relevantes nos processos da humanização. Sobre o processo de humanização, os familiares relataram que os profissionais se da UTI se preocupam sobre o bem estar deles e que há disponibilidade em ajudar no que for preciso, o que evidencia o processo de humanização. Proporcionar aos familiares de pacientes de uma UTI a humanização nas ações é possível por meio de vivências. A reflexão sobre as experiências que

envolvem a doença, assim como as evidências de que estas experiências podem servir de recursos para o trabalho com famílias, constitui-se em uma tecnologia a ser desenvolvida e utilizada na capacitação dos profissionais. **Considerações finais:** O estudo possibilitou identificar, analisar e relacionar a percepção dos familiares de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva sobre os processos de humanização. Sobre o processo de humanização relacionado ao contexto vivenciado pelo familiar, houve destaque para a inflexibilidade e rigidez nos horários de visita, o que é contraditório com as políticas governamentais que norteiam a humanização nos serviços de saúde. É necessário entender que a humanização no cuidado trata-se de um processo abrangente, necessitando ser implementada de acordo com a singularidade das pessoas. É preciso rever valores, realizar discussões e questionamentos para a abertura desses novos processos. É necessário buscar alternativas baseadas em valores pessoais e humanos para melhorar a assistência ao paciente e estendê-las ao familiar, para atingir a totalidade do cuidado, sendo necessário unir os recursos disponíveis a outros fatores como sensibilidade e respeito.

Referências

1 Bucchi SM, Mira VL, Santos LSC. O ambiente da unidade de Terapia Intensiva. In: Kroger MMA, Bianchini SM, Oliveira AML, Santos LSC, organizadores. Enfermagem em Terapia Intensiva: do ambiente da unidade à assistência ao paciente. São Paulo: Martinari; 2010. p.37-49.

2 Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília; 2004

3 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução N. 196/96, de outubro de 1996. Brasília; 1996.

4 Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: visita aberta e direito a acompanhante / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

72 ADOLESCENTES EM TRATAMENTO DE DIÁLISE PERITONEAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

TIMM, Arlete Maria Brentano
(Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM/RS. Mestranda em enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: ambtimm@yahoo.com.br)

PAULETTO, Macilene Regina
(Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM/RS. Mestranda em enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

BEUTER, Margrid
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

ROSO, Camila Castro
(Enfermeira. Mestranda em enfermagem. Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

VEIGA, Sirlene Mathias
(Enfermeira assistencial do Hospital Universitário de Santa Maria da UFSM/RS. Especialista em enfermagem em nefrologia)

GIRARDON- PERLINI, Nara Marilene Oliveira
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem UFSM/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: enfermagem; adolescente; família; diálise peritoneal; doença crônica.

Introdução: O aumento das doenças crônico-degenerativas é evidenciado nas últimas décadas. A doença renal crônica (DRC) faz parte deste contexto sendo apontada como um dos maiores desafios para saúde pública deste século.[1] A DRC, muitas vezes, evolui para estágios avançados levando pacientes, de qualquer idade, à necessidade de tratamento de substituição da função renal. Este tratamento pode ocorrer através da hemodiálise, da diálise peritoneal ou ainda por meio do transplante renal. Destaca-se, neste estudo, o tratamento da diálise peritoneal (DP) em adolescentes. A fase de adolescência é caracterizada por transformações no corpo, do infantil para o adulto, como também um período em que ocorrem mudanças biológicas e psicossociais. Nos adolescentes, a situação da doença causa preocupações com seu futuro, provocando mudança no estilo de vida, exigindo muita dedicação do doente e da sua família. Quando a família recebe a notícia do diagnóstico da IRC de seu familiar, ela se depara com a irreversibilidade da doença e o perigo iminente para a vida.[2] Os adolescentes vêem a família como o apoio, a força, a proteção para superar as dificuldades e os desafios impostos. Percebe-se que um adolescente em tratamento de diálise peritoneal torna-se mais sensível e frágil, no momento em que precisa enfrentar a realidade do tratamento. A DP é uma terapia renal substitutiva realizada por uma parcela menor da população, quando relacionado ao tratamento com a hemodiálise. Geralmente, a DP é realizada pelo próprio paciente ou familiar no domicílio. O início do tratamento dialítico pode revelar vários aspectos que interferem na dimensão física e psicológica da pessoa doente, com repercussões pessoais, familiares e sociais. Isto ocorre, pois esta pessoa precisa conviver com um mundo rodeado de procedimentos técnicos, consultas e exames e com a necessidade de reaprender a viver.[3]

Percebe-se que a doença e o tratamento trazem implicações não somente na vida diária para o adolescente, como também interferem na dinâmica familiar, pois gera um grande envolvimento para toda família. Neste contexto destaca-se a importância da atuação do enfermeiro no suporte destes adolescentes e de seus familiares no enfrentamento desta situação, considerando as suas individualidades, cultura, crenças, medos e tradições. **Objetivo:** Relatar a experiência de enfermeiras no cuidado e acompanhamento de adolescentes e sua família em diálise peritoneal (DP), em uma Unidade de Nefrologia. M**etodologia**: A experiência das enfermeiras ocorreu em uma Unidade de Nefrologia, de um hospital universitário da região central do estado do Rio Grande do Sul. A Nefrologia é uma unidade especializada no atendimento de procedimentos nefrológicos, onde internam pacientes com alguns graus de doença renal, crônicas ou agudas e geralmente apresentam outras doenças crônicas associadas. As doenças associadas mais comuns são: Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, lúpus eritematoso sistêmico, entre outras. A maioria dos pacientes que frequentam a unidade são de adultos e idosos, sendo um menor número de adolescentes. A assistência de enfermagem se caracteriza por cuidados especializados de média e alta complexidade, com utilização de recursos tecnológicos avançados e uma assistência qualificada e humanizada no atendimento, também, destes adolescentes e de seus familiares. No tratamento dos adolescentes surgem diversos desafios para a equipe, que precisam ser superados para poder atender as necessidades específicas desta clientela. **Discussão e resultados**: São diversas as doenças e distúrbios que podem provocar insuficiência renal em adolescentes. As causas mais frequentes da insuficiência renal crônica (IRC), dos adolescentes são as malformações congênitas dos rins e das vias urinárias, refluxo vesicoureteral associado à infecção recorrente das vias urinárias, pielonefrite crônica, distúrbios hereditários, glomerulonefrite crônica e glomerulonefropatia associada a doenças sistêmicas, como lúpus eritematoso sistêmico (LES).[4] As experiências com adolescentes em DP e seus familiares são desafiadoras, pois muitas vezes já possuem outras doenças crônicas associadas, encontrando-se numa trajetória de luta pela vida há algum tempo e se deparam com mais uma complicação e um tratamento complexo. O LES é uma doença relativamente frequente em adolescentes acompanhado pela equipe de enfermagem. O tratamento desta doença, geralmente deixa sinais visíveis, como: edema facial (*cushing*), *rasch* cutâneo, pele seca e com lesões, entre outras manifestações. Tudo isto intensifica as frustrações dos adolescentes, uma vez que esta fase é caracterizada por processos de mudanças físicas e emocionais relacionados com autoestima e rebeldia. Observa-se principalmente, no início do tratamento da DP, muitos casos de abandono ou demissão do emprego pelos pais, desistência dos estudos por parte dos adolescentes, causando frustrações e isolamento social destas famílias. No entanto, muitos adolescentes tem surpreendido a equipe de saúde, pela sua dedicação, força, persistência em seguir o tratamento e encontrar estratégias para superar os momentos difíceis que vivenciam. Esta motivação percebida também tem sido fonte de inspiração para a atuação da equipe de enfermagem que tem procurado encontrar estratégias que ajudem o adolescente no enfrentamento desta situação. Neste sentido, uma das estratégias utilizadas por nós enfermeiros e que consideramos fundamental, é o uso de uma linguagem clara e simples, seja durante treinamento aos pacientes e familiares para realizar a DP em seus domicílios, ou em qualquer ação que desenvolvemos no cotidiano. Acreditamos que esta estratégia deveria ser praticada por todos os integrantes da equipe multidisciplinar, para que estas pessoas possam ser mais estimuladas para participar e assumir seu tratamento. A eficiência desta comunicação também está relacionada com a possibilidade de esclarecer-se a maioria dos questionamentos e dúvidas presentes no início do tratamento e as que irão surgindo no decorrer. A perspectiva de transplante renal é uma grande fonte de esperança e estímulo, principalmente para os adolescentes que não possuem uma contra-indicação definitiva. Assim, devemos continuamente buscar alternativas para ajudar o adolescente no sucesso do tratamento e nas perspectivas para o

futuro. As condições crônicas requerem estratégias de cuidado especiais que ajudem as pessoas a despertar a consciência de seu cuidado e adesão. A presença da equipe de saúde, em especial, o enfermeiro, nestas situações é fundamental, para estimular o adolescente e sua família a participar e assumir o cuidado de forma ativa para haver bons resultados no tratamento. **Conclusão:** A busca de conhecimentos e habilidades técnicas e científicas pelo enfermeiro deve ser contínua, porém, acredita-se que estas geralmente são superadas por nós. Os desafios estão em buscar alternativas e habilidades para proporcionar relações humanísticas e ações que possam facilitar o enfrentamento no tratamento da DP em adolescentes. O esforço da equipe, com a participação efetiva do enfermeiro, pode amenizar momentos difíceis destes adolescentes e de sua família quando são cuidados com dedicação, carinho, atenção considerando suas individualidades. Para isso, é necessário que se realizem pesquisas para identificar as reais necessidades destas pessoas com finalidade de contribuir para a melhora da qualidade de vida delas.

Referências

1. Bastos RMR, Bastos MG, Ribeiro LC, Bastos RV, Teixeira M T B. Prevalência da doença renal crônica nos estágios 3, 4 e 5 em adultos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(1): 40-4.

2. Abrahão SS, Ricas J, Andrade DF, Pompeu FG, Chamahum L, Araújo M et al. Dificuldades vivenciadas pela família e pela criança/adolescente com doença renal crônica. J. Bras. Nefrol. vol. 32 nº. 1 São Paulo jan/Mar.2010.

3. Fráguas G, Soares SM, Silva PAB. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. Esc. Anna Nery rev. enferm. 2008 jun; 12(2): 271-7.

Romão Jr, JJ. Epidemiologia da doença crônica no Brasil. J Bras Nefrol. 2006; 29(3): 187-98.

73 ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO FÍSICA

LORO, Marli Maria
(Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp, docente do Departamento de Ciências da Saúde (DCSa) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do SUL (Unijuí) – RS)

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat
(Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp, Docente do DCSa da Unijuí – RS)

ROSANELLI, Cleci Lourdes Schmidt Piovesan
(Doutoranda em Enfermagem pela Unifesp, Docente do DCSa da Unijuí – RS)

GOMES, Joseila Sonego
(Mestre em Enfermagem, Docente do DCSa da Unijuí – RS)

MERTINS, Simone Mathioni
(Acadêmica do Curso de Enfermagem UNIJUÍ E-mail: simone.mathioni@unijui.edu.br)

SCARTON, Juciane
(Acadêmica do Curso de Enfermagem UNIJUÍ)

Descritores: Educação em enfermagem; Reabilitação; Cuidados de enfermagem.

Introdução: Planejar e desenvolver ações a pessoa portadora de deficiência física pautadas pelos princípios da integralidade e universalidade que venham ao encontro do NOAS 2001 pressupõe ações efetivadas por meio de uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, cada qual com métodos e técnicas especificas. Nesse contexto, a atenção em enfermagem desenvolvida ao portador de deficiência física, com necessidade de reabilitação física, entre outras, implica na atenção ao indivíduo e família de modo sistemático e contínuo, objetivando promover ações em saúde. Para tanto, a Consulta de Enfermagem (CE) subsidia a interação, com aprendizagens, que se estabelece entre o sujeito com necessidades especiais e o profissional de enfermagem, no reconhecimento de demandas referidas e identificadas (TANNURE; PINHEIRO 2010). Esse processo, permite ao profissional identificar demandas, por meio do levantamento de problemas e estabelecer diagnósticos de enfermagem com vistas ao plano de cuidados para a manutenção da saúde e atenção as suas necessidades, enfocando os aspectos éticos e culturais, sendo este implementado pelo individuo e família. Aos indivíduos imersos nesse processo é permitido o conhecimento para escolher e decidir se deve e/ou se quer efetivar mudanças em sua vida. Para Brunner (2005) o processo de enfermagem permite desenvolver um plano de cuidado destinado a facilitar a reabilitação, restaurar e manter a saúde ótima e evitar complicações. Para tanto, o profissional de enfermagem deve auxiliar o paciente, bem como a sua família a identificar demandas referidas e identificadas com vistas a estabelecer um plano que se adapte as necessidades do individuo. Da mesma forma, deve se permitir aos indivíduos imersos nesse processo o conhecimento para escolher e decidir se deve e/ou se quer efetivar mudanças em sua vida. Para tanto, este projeto de extensão tem por objetivo implementar a atenção de enfermagem em um serviço de reabilitação física, por meio da consulta de enfermagem. **Metodologia:** As ações serão efetivadas por meio da CE e, posteriores, reconsultas. Os passos metodológicos que as constituem são o histórico de enfermagem que engloba a entrevista e o exame físico, o diagnóstico de enfermagem, o qual é constituído a partir dos problemas identificados subsidiando a elaboração do plano de cuidados, individual e

extensivo à família. Para acompanhar a evolução das condições de saúde e/ou doença, a reconsulta é o passo seguinte e culmina com o registro de todo o processo de enfermagem. Este visa avaliar os resultados apresentados e esperados a partir do plano de cuidados da consulta anterior. Essa atividade permitira conhecer o perfil socioeconômico e de saúde/doença dos sujeitos. Inicialmente as atividades serão desenvolvidas por meio de visitas domiciliares. Após aprovação do projeto perante o governo federal essas atividades serão realizadas junto ao Serviço de Reabilitação Física – nível intermediário por professores e estudantes do Curso de Enfermagem da UNIJUI. Propõe-se desenvolvimento de atendimento em turno integral no serviço supracitado sob responsabilidade de docentes do Curso de Enfermagem o que possibilitará a inserção de um número, qualitativa e quantitativamente, expressivo de estudantes na atividade para viabilizá-la. Cabe ressaltar que na referida unidade atua uma equipe multidisciplinar composta por: enfermeiro, fisioterapeuta, médico, terapeuta ocupacional, farmacêutico, nutricionista e assistente social. **Resultados:** Busca-se identificar o perfil dos sujeitos com necessidades especiais referendados para a clinica de reabilitação física, suas necessidades mediatas e imediatas dos aspectos relacionados ao processo saúde/doença, os quais são de competência do profissional enfermeiro, bem como intervir sobre os fatores por meio de ações em saúde. A interação com estes sujeitos visa desenvolver atividades que o envolvam e sua família na perspectiva de melhor adesão ao processo de reabilitação física. Nesse contexto, faz-se imprescindível o desenvolvimento de atividades grupais e a interação da equipe multidisciplinar. Acredita-se que a interação entre os diferentes sujeitos (paciente, familiares e equipe multiprofissional) é estabelecida a partir do diálogo, respeito aos saberes que permeiam as ações que fazem parte do cuidado. Para Waldow (2004), o cuidado é uma atitude ética que implica na percepção e reconhecimento dos direitos individuais e coletivos, é também, uma forma de viver, de ser e de se expressar, ou seja, de estar no mundo. Este se mostra na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e na dignidade humana, de forma a contribuir na história, no conhecimento e na vida dos sujeitos. Cabe destacar, que o referido projeto encontra-se em sua fase inicial e até o momento foram realizadas intervenções com clientes usuários da clinica com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico – AVE. As intervenções, para além das já pautadas neste projeto consistiram em visita domiciliária com vistas a implementar ações considerando as condições do domicílio, no que tange a infra-estrutura, adaptações necessárias para a manutenção e autonomia dos indivíduos, assim como, a interação com o núcleo familar, por considerar que este colabora ou é o responsável absoluto pela integridade destes. **Conclusão:** Acredita-se que pela implantação da sistematização da assistência de enfermagem, no serviço de reabilitação física, pode-se adequar às ofertas terapêuticas a partir das necessidades identificadas e referidas, bem como propor ações de acordo a realidade em que o mesmo esta imerso. Também, propor ações de autocuidado/cuidado individual/cuidador-familiar; avaliar a evolução/condições de saúde de forma continua por meio da reconsulta de enfermagem; acompanhar de forma longitudinal a adesão aos cuidados ofertados e a evolução do quadro clinico do sujeito; participar e desenvolver atividades grupais com a equipe multidisciplinar, para indivíduos/família com necessidades similares; socializar vivências visando estimular o autocuidado integrando a participação da família; participar das reuniões da equipe multidisciplinar; integrar as ações de planejamento e ações em âmbito multiprofissional; inserir o acadêmico em atividades interdisciplinares (núcleo e campo da saúde) em clinica de reabilitação; participar, enquanto docentes, ativamente das ações pertinentes ao profissional enfermeiro em clínica de reabilitação e assim fomentar e qualificar o ensino e a extensão; a atenção de enfermagem desenvolve o relacionamento terapêutico e de apoio com o paciente e com a família.

Referências

BRASIL. **Norma Operacional Básica de Assistência a Saúde**. Ministério da Saúde; 2001.

TANNURE; PINHEIRO. SAE: **sistematização da assistência de enfermagem**. ED: Gen; Guanabara Koogan Lab, 2010.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: **as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004: 176.

74 COMUNICAÇÃO ESTABELECIDA ENTRE ENFERMEIRA E PACIENTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

RODRIGUES, Isabela Lencina
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM E-mail: bela_1806@hotmail.com)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM)

TAVARES, Juliana Petri
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS)

Descritores: comunicação; enfermagem; ensino.

Introdução: Comunicação é um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio e como esta exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio ou longo prazo. Essa habilidade é necessária em todas as ações de enfermagem realizadas e influenciam diretamente na interação com o paciente. No desempenho das funções pertinentes a prática profissional, o enfermeiro vale-se de sua competência em comunicação para efetivar o relacionamento com as pessoas das várias equipes existentes nas instituições de saúde e com os pacientes e suas famílias [(1)]. Relacionar-se é uma experiência caracterizada por um diálogo significativo entre seres humanos, quando ambos os envolvidos trocam e modificam seu comportamento. Sabe-se que a comunicação consiste num eixo integrador entre assistência, ensino e pesquisa em enfermagem, favorecendo a integração do ser pessoa com o ser profissional e que esta habilidade pode ser desenvolvida desde o início da graduação. Nesse sentido, o Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), oferecido pelo Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), contribui para que essa aptidão, dentre outras, seja aprimorada e fortalecida, uma vez que possibilita aos graduandos a oportunidade de aproximação com a realidade profissional ao realizarem atividades extracurriculares em instituições de saúde. As vivências compreendem um programa de ensino e extensão cujo objetivo geral é que o aluno realize vivências para desenvolver e aprimorar competências e habilidades técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas do enfermeiro [(2)]. Esta atividade, em que os acadêmicos se propõem a acompanhar o trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem no local escolhido, pode ser desenvolvida após o término do quarto semestre letivo do curso com uma carga horária mínima de quarenta e máxima de cento e vinte horas. **Objetivo:** Refletir sobre a comunicação entre enfermeira e paciente hospitalizado a partir de vivências como estudante de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência relativo ao Programa de Vivências do Curso de Enfermagem da UFSM realizado em um Hospital Universitário. O período das atividades iniciou-se após a conclusão dos componentes curriculares que compõe o quarto semestre do curso, no período de janeiro a fevereiro de 2011, no turno da manhã, perfazendo um total de 120 horas. O local escolhido para a Vivência foi uma unidade de clínica médica onde internam pessoas adultas com variados diagnósticos. Durante este período as atividades desempenhadas estiveram focadas no acompanhamento e observação das ações desenvolvidas pelas enfermeiras da unidade, sendo que uma delas tinha a responsabilidade de supervisionar e apoiar a estudante. Um dos objetivos traçados para a vivência

era observar a comunicação/relacionamento estabelecida entre enfermeira-paciente no ambiente hospitalar, donde suscita as reflexões apresentadas neste trabalho. **Apresentação e discussão:** Estabelecer relacionamento significativo com o paciente é uma das principais funções da comunicação na assistência de enfermagem. Vivenciar essa função do relacionamento permite ao enfermeiro satisfazer as necessidades de inclusão e afeição do paciente, ou seja, a necessidade de que ele seja tratado como pessoa e de forma individualizada. Se a forma de comunicação estabelecida possibilita o atendimento das necessidades afetadas, o paciente terá condições de manter relacionamento interpessoal adequado não só com o enfermeiro, mas também com os outros ao redor [(1)]. Durante o período correspondente às vivências, buscou-se observar com maior ênfase, a relação de comunicação estabelecida entre enfermeira e paciente. Identificou-se que a comunicação está presente em todas as ações realizadas pelo enfermeiro e esta é conduzida de acordo com o objetivo do cuidado prestado, envolvendo a intenção de orientar, informar, acalmar, atender às necessidades identificadas pela comunicação de modo verbal ou não verbal. Os estudiosos [(2,3)] afirmam que dois terços do que comunicamos nas interações face a face é transmitido por intermédio da linguagem não-verbal, cujo objetivo é o de complementar o verbal. O conhecimento dos códigos não-verbais e suas funções permitem que nos tornemos mais efetivos na arte de estar com as pessoas. Quanto maior o grau de consciência que uma pessoa tem de si e do que está expressando, maior será sua habilidade em lidar com os outros [(2)]. Considerando que a comunicação pode influenciar significativamente o contexto vivido pela pessoa doente, os profissionais de enfermagem podem utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, promovendo e estimulando o diálogo para esclarecer dúvidas quanto ao tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos que sejam necessários. Além da finalidade informativa, é competência do enfermeiro usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e enfrentar os desafios do próprio processo de adoecimento [(1).] No entanto, no convívio diário foi possível perceber que nem sempre a comunicação efetiva se fez presente, pois, às vezes o paciente não era receptivo à abordagem da enfermeira ou esta não se mostrava disponível ou até mesmo motivada para interagir. Cabe destacar, ainda, que cada paciente, assim como cada profissional de saúde tem sua cultura, suas crenças e valores, ou seja, cada um carrega uma singularidade que deve ser preservada e principalmente respeitada. Nesse contexto, é importante considerar que a postura adotada pelo enfermeiro, que é o detentor do conhecimento, é decisiva para que o paciente se sinta respeitado ou não na sua individualidade e integralidade. Atitudes que se pautem na perspicácia e sensibilidade podem favorecer uma relação de confiança entre paciente e enfermeiro e vice-versa. A comunicação permite interação e proporciona a oportunidade de mais facilmente atingir os objetivos da assistência. Assim, faz-se necessário utilizar-se a comunicação como estratégia de suporte na realização das ações de enfermagem e na participação do paciente durante o processo de cuidar, sendo para isso, indispensável ouvir o outro, permitindo um contexto de relacionamento dinâmico que envolva a manifestação de percepções, preferências e reações mentais e/ou físico-corporais[(4)]. Nesta perspectiva, é importante combinar a sensibilidade ao conhecimento teórico, pois assim será possível oferecer uma assistência de enfermagem planejada e estruturada, visando tanto à orientação quanto o estímulo da expressão de seus sentimentos. **Conclusão:** A experiência relacionada à atividade realizada por meio das vivências possibilitou a estudante aprimorar seu conhecimento sobre a rotina de uma unidade hospitalar, bem como a organização da equipe de enfermagem e o papel da enfermeira, mas principalmente para evidenciar e confirmar a importância da comunicação no relacionamento interpessoal com os pacientes. Dessa forma, compreendeu-se que o relacionamento enfermeira e paciente, numa perspectiva terapêutica, pauta-se na interação

estabelecida de percepções decorrentes da experiência de ambos os sujeitos envolvidos. As vivências e as leituras realizadas permitiram refletir acerca do papel da comunicação como recurso para promoção de cuidado e de educação em saúde, assim como, para despertar para a necessidade de continuar aprofundando conhecimentos e procurando colocar em prática um estilo de comunicação que vise contemplar a individualidade e a integralidade do indivíduo. Desse modo, a concepção de que cada pessoa é única e com necessidades específicas contribui para facilitar a interação e o diálogo entre quem cuida e quem é cuidado. Portanto, considerando que a comunicação é um instrumento básico para a práxis do enfermeiro no desenvolvimento de suas funções assistências, adquirir competência e habilidade em comunicação humana e terapêutica e usá-la de forma consciente é requisito para o cuidado humanizado.

Referências

1. Stefanelli MC, Carvalho EC (Org.). A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2005.

2. Universidade Federal de Santa Maria. Curso de Graduação em Enfermagem. Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN). Santa Maria, Brasil. 2009

3. Morais GSN. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta Paul. Enferm. 2009;22(3):323-7. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf> Acesso em: 04 mar. 2011.

4. Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):91-5. Disponível em: < http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/470_v17n1a17.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2011.

75 TREINAMENTO E ATUALIZAÇÃO SOBRE LESÕES DE PELE PARA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)

SOARES, Rhea Silvia de Ávila
(Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Internacional de Curitiba. Enfermeira da Unidade Cirúrgica do HUSM. Coordenadora do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM. E-mail:rheasilviasoares@yahoo.com.br)

SILVA, Dalva Cezar da
(Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, funcionária técnico-administrativo do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisas Cuidado, Saúde e Enfermagem. E-mail: dalvacezarsilva@yahoo.com.br)

CHEROBINI, Márcia Dal Bem
(Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva pela UNIFRA. Enfermeira gerente da Unidade Clinica Médica II do HUSM. Vice coordenadora do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM)

SAUL, Alexsandra Real
(Enfermeira, Mestranda em Educação, Enfermeira gerente da Unidade de Clinica Cirúrgica do HUSM, Membro do Grupo de Lesões de Pele (GELP) do HUSM)

Descritores: Enfermagem; Educação em enfermagem; Assistência hospitalar; Atenção a saúde.

Introdução: No Brasil, as feridas acometem a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com alterações na integridade da pele, constituindo assim, um sério problema de saúde pública (Moraes ET AL, 2008) Na história do tratamento de feridas, desde os tempos antigos, observa-se grande preocupação do homem em manter sua saúde, sua integridade física (FERREIRA *et al*, 2008). Assim sendo, desde os tempos rudimentares, até o desenvolvimento da tecnologia efetua-se uma produção extremamente diversificada de produtos e instrumentos para o tratamento das feridas e ações preventivas. A prática de cuidados a pacientes portadores de feridas é uma especialidade dentro da enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND) e Associação Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e, ao mesmo tempo é um desafio que requer conhecimento específico, habilidade e abordagem holística (FERREIRA *et al*, 2008). Diante desta constatação emerge a necessidade de uma adequação e renovação das atividades pertinentes ao exercício profissional cotidiano do enfermeiro. Rever crenças, valores, atualizar-se cientificamente, passou a ser uma exigência do mercado profissional, sendo a busca de aprendizado permanente um desafio e um proponente indispensável para enfrentar o processo mutável consolidado. A enfermagem do HUSM implantou o Grupo de Estudos de Lesões de Pele (GELP), como programa de prevenção e cuidados de enfermagem em lesões de pele, o grupo conta com a participação de enfermeiros representantes de várias unidades do hospital tendo como finalidade inicial o aprimoramento e atualização do exercício profissional da equipe de enfermagem, posteriormente, diversificar e aprofundar esses conhecimentos com os demais profissionais da saúde diretamente envolvidos nesse processo. **Objetivos:** relatar as atividades desenvolvidas pelos integrantes do GELP. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência de um grupo de estudos em lesões de pele. O GELP como grupo de estudo desenvolve apoio técnico com a finalidade de ser referência em ações de avaliação e conduta relacionadas à prevenção e ao tratamento em lesões de pele, instrumentalizando equipes de saúde para melhoria no atendimento a população. Também estabelece condutas de enfermagem na prevenção e tratamento de lesões por

meio de protocolo assistencial elaborado pelo grupo em parceria com NEPE/HUSM; estabelece estratégias junto ao NEPS/HUSM para educação em serviço dos profissionais de saúde quanto à prevenção e tratamento de lesões de pele; assessora a Comissão de Padronização de Materiais e equipamentos respondendo a parecer técnico de produtos para tratamento e prevenção de lesões de pele a serem utilizados no HUSM; promove o intercambio de conhecimento e estratégias entre diferentes profissionais do GELP; favorece a pesquisa como forma de agregar conhecimentos ao grupo; difundiros conhecimentos técnicos e científicos através de eventos, palestras e cursos no HUSM e região. O grupo realiza reuniões para atualização dos participantes do grupo em relação à prevenção e tratamento de lesões de pele. Essas reuniões ocorrem quinzenalmente por meio de contato prévio com os participantes, também planejamos capacitações para enfermeiros e demais profissionais da instituição. Essas capacitações são realizadas pelos integrantes do GELP conforme cronograma das atividades que é elaborado pelo grupo, em parceria com o NEPE/HUSM e que inclui o treinamento para utilização da Escala de Braden, que avalia o risco para úlcera por pressão, do instrumento de avaliação de feridas e capacitação de Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras por Pressão, protocolo este elaborado pelos participantes do grupo, entre outros assuntos solicitados pelos enfermeiros. O grupo, formado inicialmente por 18 enfermeiros do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) conta também com médicos, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos, todos vinculados ao HUSM ou ao CCS/UFSM. Nesse sentido salienta-se que as capacitações também são realizadas com esses profissionais. Os integrantes do GELP realizam atividades fora da UFSM/HUSM, difundindo o conhecimento para demais colegas, profissionais da área de saúde, para que estes sintam-se preparados para desenvolver ações que promovam a melhoria da qualidade de vida da população acometida por problemas relacionados a lesões de pele. **Resultados:** A efetiva capacitação do grupo de profissionais participantes do projeto e assim sintam-se seguros para capacitar demais colegas da Instituição e de outras entidades, baseados em conhecimento teórico e prático, potencializando nossa função de educador. A partir da elaboração de protocolos, manuais técnicos e projetos de pesquisa produzidos pelo Grupo possamos estar fortalecendo os profissionais da instituição e direcionando ações a partir do resultado obtido nas pesquisas produzidas, para assim contribuirmos na melhoria da saúde da população. Mediante esse contexto, os enfermeiros perceberam a importância da avaliação de feridas e curativos, de maneira que buscamos, continuamente, o desenvolvimento de protocolos para o registro e tratamento adequados, permitindo um cuidado diário pela equipe de enfermagem. A qualidade das ações desenvolvidas pelo profissional enfermeiro refletem seu conhecimento e suas habilidades no seu processo de trabalho. O enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem e tomada de decisão sobre o cuidado prestado ao cliente, assim deve planejar as ações que desenvolverá com seu cliente portador de alguma lesão de pele, para desta forma minimizar os fatores estressores desta situação. Segundo Lopes et al (2009), o enfermeiro é um educador por natureza que, ao sistematizar e individualizar o cuidado e voltar-se não somente para a doença, pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, fazendo-as sujeitos de suas próprias decisões e mobilizando toda sociedade para a implantação de políticas públicas saudáveis, portanto quando pensamos no paciente com lesões de pele devemos avaliar toda um contexto pra que desta forma possamos melhorar sua qualidade de vida. Atividades educativas em saúde se configuram como ações voltadas para a promoção da saúde, pois são estratégias utilizadas para desenvolver e potencializar nos clientes a capacidade de enfrentar os problemas de saúde existentes, estimulando comportamentos e atitudes saudáveis, além de propiciar o autocuidado. **Principais conclusões:** Pretendemos a partir deste relato divulgar as ações realizadas pelos profissionais que integram esse grupo e promover uma sensibilização dentro da instituição para que possamos estar multiplicando estes conhecimentos para demais colegas de equipe multiprofissional. A partir do

exposto contatamos que a os cuidados com lesões de pele sempre fizeram parte das ações relacionadas à saúde do ser humano, hoje vivenciamos uma série de transformações em relação a este cuidado, propondo novas atitudes, alternativas e perspectivas em relação ao ser humano portador de lesão de pele.

Referências

FERREIRA AM, BOGAMIL DDD, TORMENA PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq Ciênc Saúde**. 2008 jul-set;15(3):105-9.

Morais GFC, Oliveira SHS, Soares MJGO. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 98-105.

LOPES EM, ANJOS SJSB. PINHEIRO, AKB. Tendência Das Ações De Educação Em Saúde Realizadas Por Enfermeiros No Brasil. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):273-7.

76 IDOSOS COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

DEBUS, Paula dos Santos
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem. E-mail: paulinhadebus@hotmail.com.br)

SANTOS, Naiana Oliveira dos
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

BEUTER, Margrid
(Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

MARTINS, Mayani Suertegaray
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

KINALSKI, Daniela Dal Forno
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

MARTELLO, Naiashy Vanuzi
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Descritores: Idoso; Insuficiência Renal Crônica; Hemodiálise.

Introdução: A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é conceituada como síndrome complexa conseqüente à perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade excretória renal. Esse conceito pode ser traduzido pela redução progressiva da filtração glomerular, principal mecanismo de excreção de solutos tóxicos gerados pelo organismo (DRAIBE, 2002). A IRC é facilitada durante o processo de envelhecimento, em razão da redução dos mecanismos de homeostase dos rins, acometendo mais os idosos que os adultos jovens, ocorrendo com maior incidência em pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. O paciente com IRC, em programa de hemodiálise convive diariamente com uma doença incurável que o obriga a uma forma de tratamento dolorosa e de longa duração. Juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ele sofre limitações e alterações de grande impacto, que repercutem tanto na sua própria qualidade de vida quanto na dinâmica familiar (CAIUBY; LEFÈVRE; SILVA, 2004). Diante deste contexto entende-se que são inúmeras as dificuldades vivenciadas pelo paciente com IRC, destacando-se a dependência da máquina de hemodiálise. Esta dependência causa sérias restrições nos hábitos de vida, podendo também causar alterações na integridade física e mental. Podem ocorrer também limitações naturais com o avanço da idade, tornando-os dependentes dos familiares e cuidadores. Os idosos com IRC necessitam de maior apoio e presença por parte dos familiares durante o tratamento, devido às alterações associadas ao processo de envelhecimento que os torna mais frágeis, debilitados e dependentes no atendimento de suas necessidades primárias. **Objetivos:** Conhecer a produção científica sobre idosos com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico nas bases de dados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e

descritivo realizado por meio de levantamento bibliográfico nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Base de Dados da Enfermagem (BDENF) no mês de março de 2011. Para a busca dos dados utilizaram-se como descritores: idoso, insuficiência renal crônica e hemodiálise, encontrando-se 119 publicações. Após a análise e leitura dos títulos e resumos, foram selecionadas as pesquisas de interesse para o estudo, baseados nos critérios de inclusão: artigos na íntegra e disponíveis na língua portuguesa. A amostra do estudo foi constituída de oito publicações completas a partir da semelhança temática. Para melhor análise das produções, os dados dos artigos foram registrados em um instrumento com roteiro que continha: abordagem do estudo, ano da publicação, formação acadêmica dos autores, objetivos e resultados das produções. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos incompletos, língua estrangeira e artigos fora da temática em questão. **Resultados:** Em relação à abordagem dos estudos encontrados destaca-se que dois eram qualitativos e dois eram quantitativos, os outros quatros estudos não indicaram o tipo de abordagem. O período de publicações corresponde aos anos de 2000 a 2008. Os estudos têm como principais objetivos conhecer as percepções de idosos com IRC em relação ao tratamento hemodialítico. Nesse sentido, destacam-se temas relacionados com a qualidade de vida dos idosos em tratamento hemodialítico, alterações no estado de saúde do paciente, o processo natural de envelhecimento e suas limitações, bem como atividades terapêuticas durante as sessões de hemodiálise. Segundo Kusumota, Rodrigues e Marques (2004), a alteração do estado de saúde mostrou, na percepção dos idosos, que algo estava errado com sua saúde, e assim demarcaram o início de uma nova trajetória de vida definida como IRC. Os estudos demonstram que os idosos em tratamento dialítico geralmente apresentam maior comprometimento funcional, o que remete à necessidade de assistência em suas atividades de vida diária (MCKEVITT et al., 2003). Com base nisso, as pesquisas apontam que é imprescindível a presença da família e amigos ao lado dos idosos com IRC em hemodiálise dando um suporte maior para o enfrentamento da doença, já que alguns necessitam de acompanhamento nas suas tarefas diárias**.** Evidencia-se que a preocupação dos idosos em identificar e compreender as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais decorrentes da IRC, contribuiu para melhor enfrentamento da perda de autonomia, incapacidades e adoção de mudanças dos hábitos de vida (KUSUMOTA, RODRIGUES; MARQUES, 2004). Outro fator relevante nas pesquisas que pode ser identificado foi que a IRC e a hemodiálise tem diferentes significados para cada paciente, cada um com sua maneira de encarar a doença, o tratamento sendo influenciadas pelas percepções que tinham antes do diagnóstico sobre a sua qualidade de vida. Nesse contexto, muitos idosos apresentam dificuldade no seu dia a dia, nas idas às consultas médicas, as sessões de hemodiálise, devido às horas que estão ligados as máquinas, pelas restrições hídricas e alimentares como dietas especiais que são submetidos, tornando-os mais frágeis, desestruturando seu cotidiano. Por outro lado, o fato da doença e do tratamento ter caráter crônico pode desenvolver, nos idosos uma condição de conformismo e aceitação do seu estado de saúde, refletindo em avaliações "pseudo" positivas da função emocional, bem como das relações interpessoais estabelecidas com a equipe de saúde que os atende (KUSUMOTA et al., 2008). **Conclusão:** A presença de uma doença como a Insuficiência Renal Crônica, associada ao tratamento hemodialítico causam grande impacto na vida dos pacientes. A dependência da máquina, alterações no estado de saúde física, social e mental, a perda de autonomia sobre suas atividades exercidas no cotidiano faz os idosos sentirem-se susceptíveis e mais vulneráveis a situação da qual estão expostos. A enfermagem tem um papel importante de orientar, informar e educar proporcionando aos idosos meios de enfrentarem melhor a IRC e suas sessões de hemodiálise estabelecendo um vínculo entre enfermeiro e paciente, sabendo que os aspectos emocionais influenciam para obter sucesso no tratamento. Outra ação da enfermagem é incentivar os familiares a participarem desta readaptação dos idosos a esta nova condição de vida. Desta forma

destaca-se a existência de vários sentimentos e inquietações dos idosos quanto à doença crônica e a hemodiálise, visto que todas dependem das suas percepções de vida, ou seja, o que traziam consigo anteriormente. A doença para cada paciente tem um significado, cada qual acaba revelando uma maneira de encarar a doença, seja de rejeição ao tratamento ou até mesmo de esperança e conformismo, todos ligados ao seu modo de vida e de como esta nova condição irá influenciar e afetar o seu cotidiano, adequando-se assim a nova situação.

Referências

DRAIBE, S.A. Insuficiência Renal Crônica. In: Schor N, organizador. **Guia de Nefrologia**. São Paulo (SP): Manole; 2002.

CAIUBY, A.V.S; LEFÈVRE, F; SILVA, A.P. Análise do Discurso dos Doadores Renais – Abordagem da Psicologia Social. **J Bras Nefrol**, v. 26, n. 3, p. 137-144, 2004.

KUSUMOTA, L; RODRIGUES, R.A.P; MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.3, p. 525-32, 2004.

MCKEVITT, P.M; et al. The elderly on dialysis: some considerations in compliance. **Am J Kidney Dis**, v. 4, p. 346-50, 2003.

KUSUMOTO, L; et al. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. **Acta Paul Enferm**, v.21, n. especial, p. 152-9, 2008.

77 OFICINAS EDUCATIVAS COM ADOLESCENTES SOBRE DSTS/AIDS E MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GARCIA, Sabrina Santos
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. garciasabrinas@yahoo.com.br)

ANDREOLA, Karine
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

FANTINEL, Nathália Marion
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

KOCH, Rosane Fátima
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

MARON, Luana Carine
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela USP, Docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFSM. Orientador)

Descritores: Adolescente; Anticoncepção; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Sexualidade; Educação em Saúde.

Introdução: A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, com intensas transformações. Isso faz com que ele sinta a necessidade de vivenciar emoções e situações que podem os tornar mais vulneráveis em relação a sua saúde, inclusive no aspecto da sexualidade. (MAHEIRIE et al., 2005 e SOUZA et al., 2007). A maioria dos adolescentes inicia sua vida sexual cada vez mais cedo, por esse motivo é importante a educação em saúde, cabendo aos profissionais orientar pais e filhos a respeito desse assunto. A não adesão aos métodos contraceptivos, a curiosidade pelas drogas, bem como a necessidade de estar inserido em um grupo, pode deixar os adolescentes mais expostos ás DSTs (SOUZA et al., 2007). Em relação às DSTs e Aids nos questionamos se proporcionar apenas informações aos jovens é suficiente para evitar essas situações. Pode-se dizer que o conhecimento é absorvido conforme a realidade e as experiências de cada indivíduo. Por isso, é importante que possamos repensar novas estratégias de comunicação e orientação, a fim realizar a educação em saúde, considerando as opiniões e decisões do público alvo. Deste modo, a orientação ao jovem sobre a própria sexualidade por meio de ações educativas em saúde deve ser inserida na sua realidade e exercida de forma dialógica e aberta. Nesse sentido, a enfermagem tem potencial para contribuir na educação em saúde desse público, utilizando práticas que permitam a reflexão, troca de saberes e diálogo entre os jovens, buscando promover o auto-cuidado. Segundo SOUZA et al. (2007), a educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde e que o educador propõe estratégias, oferecendo caminhos que possibilitem transformações nas pessoas/comunidades. **Objetivo:** Assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de Enfermagem, no desenvolvimento de práticas de educação em saúde por meio de oficinas sobre DSTs/Aids e Métodos Contraceptivos com grupos de adolescentes do Programa Projovem de uma cidade do

Norte do Estado do Rio Grande do Sul, e conhecer o posicionamento destes, frente aos temas abordados. **Metodologia:** Este trabalho relata as experiências vividas durante o período de aulas téorico-práticas da Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente que compõe o 6º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. O local das atividades foi uma Unidade Básica de Atendimento e Promoção de Ações do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), através do Programa Projovem/CRAS, em um Município do Norte do Estado do Rio Grande do Sul no período de 06/10/2010 à 20/10/2010. As oficinas foram trabalhadas a partir do método desenvolvido por Paulo Freire que propõe o "Círculo de Cultura", que é a troca de saberes entre o educador e o educando em disposição de roda, facilitando a contextualização da realidade das pessoas, liberdade e crítica frente aos assuntos abordados (FREIRE, 1980, p. 50). Participaram das atividades jovens de 14 a 18 anos inseridos no Programa, totalizando 33 adolescentes, correspondendo a 19 meninos e 14 meninas. Foram realizados quatro encontros. Em cada um deles estava presente uma média de 8 adolescentes. Primeiramente, recepcionamos os adolescentes em uma sala específica do PROJOVEM localizada no CRAS. Iniciamos nosso trabalho em grupo com uma breve apresentação dos acadêmicos de enfermagem, da professora supervisora e dos jovens do programa. Após, explicado a atividade que seria realizada. Logo, cada coletivo (grupo) dividiu-se em dois pequenos grupos com 4 participantes em média. Foi entregue um cartaz e canetões para que os adolescentes pudessem expor seus conhecimentos, opiniões e dúvidas referentes aos temas: DSTs/Aids e métodos contraceptivos.Cada pequeno grupo foi acompanhado por três acadêmicas, com o intuito de estimular a confecção, que teve duração de aproximadamente 15 minutos. Posteriormente, foi realizada uma discussão sobre o conteúdo dos cartazes, buscando valorizar os saberes dos adolescentes e abrir espaço para que as acadêmicas de enfermagem realizassem suas contribuições acerca dos assuntos, considerando as respostas dos adolescentes e esclarecendo as dúvidas. Além disso, para uma melhor contextualização utilizou-se álbuns seriados, de DSTs e Métodos Contraceptivos, o uso dos mesmos deu-se por ser de fácil explicação/aprendizado a partir da visualização das figuras. Logo após foi passado um vídeo educativo que abordou o tema Aids, além da manipulação dos contraceptivos e a demonstração do uso correto da camisinha feminina e masculina. As atividades tiveram duração de aproximadamente uma hora. **Resultados e Discussão:** No desenvolvimento das atividades pode-se perceber que os adolescentes, em um primeiro momento, mostraram-se tímidos e ansiosos para escreverem nos cartazes, sendo estes confeccionados frente a estímulos verbais das acadêmicas. Percebeu-se através da elaboração dos cartazes pelos adolescentes, que os conhecimentos eram mais freqüentes acerca do HIV/AIDS, assim como as dúvidas. Observamos que todos os grupos mencionaram que a principal forma de contágio é por meio de relações sexuais desprotegidas, sangue e seringas contaminadas. Uma das incertezas da maior parte dos jovens era se a transmissão da Aids ocorre pelo beijo e assento de vaso sanitário. Dentre as DSTs, as únicas citadas por alguns grupos foram à sífilis e a gonorréia, mostrando a necessidade de conhecimento com relação ao tema, talvez um assunto que deve ser melhor abordado pelos serviços de saúde. Em relação aos métodos contraceptivos percebeu-se que os adolescentes têm mais conhecimento acerca do preservativo masculino e da pílula anticoncepcional. Porém, alguns demonstraram incerteza quanto ao uso correto. Outros métodos citados na pela maioria dos grupos foram: Dispositivo Intra-uterino (DIU), a pílula do dia seguinte e o diafragma. Partindo dos saberes dos adolescentes, foram explanados as causas, sinais e sintomas, tratamento, transmissão, diagnóstico e prevenção das DSTs/AIDS. Após, foi abordado o tema métodos contraceptivos, elencando os principais métodos existentes, onde foi explicado o modo de uso, suas ações e conservação, frisando que os únicos que previnem tanto a gravidez quanto as DSTs/AIDS são o preservativo feminino e masculino. A explanação foi realizada sempre

respeitando e valorizando os conhecimentos dos adolescentes. Observou-se que todos estavam atentos à exposição dos assuntos e dos álbuns seriados de ambos os temas; percebeu-se que alguns demonstraram expressões faciais impressionadas frente à demonstração das figuras, talvez porque eles não imaginavam que as DSTs pudessem chegar ao extremo de deformações dos órgãos atingidos. Ainda, proporcionamos o manuseio dos métodos contraceptivos pelos jovens, bem como a demonstração do uso correto da camisinha feminina e masculina; onde se possibilitou a participação dos jovens na colocação dos preservativos. Durante a realização da atividade não houve dificuldades relevantes, num primeiro momento nos sentimos um pouco receosas, mas com o decorrer das conversas e dos encontros, tendo um domínio maior do tema, ficamos mais a vontade. Os adolescentes mostraram-se receptivos e atenciosos, frente aos assuntos que relatamos, e participaram das ações propostas, apesar de inicialmente estarem pouco comunicativos. Com isso, o trabalho desenvolvido respondeu as nossas expectativas. **Considerações finais:** As atividades exigiram pensamento crítico, trabalho em equipe, esforço e dedicação, sendo um desafio para a execução das ações planejadas, especialmente para superar a experiência de ser um educador em saúde. As ações proporcionaram entender o que se passa na mente dos jovens e fornecer atividades que não fossem cansativas aos mesmos, com subsídios necessários para o total entendimento do tema. Como pontos negativos percebidos, foram o espaço no qual encontrávamos, que dispersava a atenção dos jovens frente às atividades; e também a reação de timidez demonstrada pelos temas, prejudicando nosso modelo de atividades, onde o foco de nossas ações seria a participação dos jovens de forma dialógica e aberta. Apesar da presença destas intercorrências, a realização da atividade foi de grande importância em nossa formação acadêmica, pois nos possibilitou de alguma maneira a interação com os jovens, fazendo, na medida do possível, com que todos pudessem trocar experiências e adquirir novos conhecimentos. Frente aos assuntos abordados, observamos que são de grande relevância na vida dos adolescentes por essa fase da vida ser repleta de mudanças e dúvidas, o que pode ter influenciado o interesse dos adolescentes pelo tema em questão durante a oficina.

Referências

BRASÍLIA: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Projovem adolescente. Adolescências, Juventudes e Socioeducativo: Concepções e Fundamentos. 1 ed., 2009.

CARVALHO, Alysson Massote; RODRIGUES, Cristiano Santos; MEDRADO, Kelma Soares. **Oficinas em sexualidade humana com adolescentes.** Estudos de Psicologia 2005, v.10(, n.3), p.377-384.

FREIRE, P. **Conscientização**. 3 ed. Rio de Janeiro: Morais, 1980. pág. 50.

MAHEIRIE, K, URNAU, L.C, VAVASSORI, M.B, ORLANDI, R, BAIERLE, R.E, **Oficinas sobre sexualidade com adolescentes: Um relato de experiência**, Psicologia em estudo, Maringá, v.10, n.3, p.537-542, set./ dez. 2005, Florianópolis, Santa Catarina.

SOUZA, M. M, BRUNINI, S, ALMEIDA, N.A.M, MUNARI, D.B, **Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes**, Rev Bras Enf, Brasília 2007 jan-fev; v.60,(16,):p.102-5.

78 SITUAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E O ACOMPANHAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE EM PALMEIRA DAS MISSÕES /RS

JANTSCH, Leonardo Bigolin
(Acad. de Enfermagem Bolsista PET de Enfermagem UFSM/CESNORS)

KUSTER, Barbara Juliana Konig.
(Acad. de Enfermagem Não-Bolsista PET de Enfermagem UFSM/CESNORS. E-mail: b_kuster@yahoo.com.br)

SILVA, Ethel Bastos da
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Profa. do Departamento de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS)

Descritores: Aleitamento Materno; Enfermagem; Saúde da Mulher.

Introdução: O aleitamento materno exclusivo (AME), segundo o Ministério da Saúde, deve ser realizado por um período não inferior a 6 meses (BRASIL, 2009). A equipe de Saúde da Família tem como ação orientar e incentivar a adesão e a manutenção do AME pelo período preconizado, o que tem sido um desafio.(PARADA et al 2005). A continuidade dessa ação se dá no hospital, local em que a gestante permanece durante o período do parto, onde há a colocação do RN na mama na primeira hora após o parto e o acompanhamento das mamadas para que ocorra uma boa pega. Além disso, acompanhar a mulher durante eventuais dificuldades como o aparecimento de fissuras, dores, ingurgitamento. Após o parto, a mulher retorna ao ambiente familiar e precisa ser acompanhada pelos profissionais da atenção básica para que possa dar continuidade ao AME, reforçando ações trabalhadas no pré-natal. Nesse sentido, de acordo com Barreto, Silva, Christoffel (2009, p. 605) "A prática do aleitamento materno deve ser uma das principais ações de profissionais de saúde desde o pré-natal até o puerpério sensibilizando para o manejo e apoio à mulher, recém nascido e família nos diferentes cenários". A assistência prestada nesses períodos tem caráter complementar, cabendo aos profissionais da equipe de saúde da família e do hospital integrar e intercalar ações que visem o acompanhamento da mulher durante a amamentação. Reconhece-se que o trabalho em equipe multidisciplinar e interssetorial, é o caminho para o fortalecimento de ações que aumentem a adesão ao AME, uma vez que propõe atuação direta e contínua à mulher durante o período gestacional, parto e puerpério, complementada no período de puericultura. Nesse aspecto: Os enfermeiros e demais integrantes das equipes de saúde devem assistir a mulher no seu ciclo gravídico-puerperal e em toda sua integralidade, independente de um sistema que, muitas vezes, atrofia, limita e engessa(BARRETO; SILVA ;CHRISTOFFEL, 2009, p. 610). Embora haja inúmeras iniciativas do Ministério da Saúde com relação ao incentivo ao AME, a realidade a qual nos deparamos não é essa, pois os serviços de saúde, em sua maioria, se limitam a orientações sobre o AME e não conseguem oferecer apoio às mulheres, especialmente no que diz respeito à discussão e resolução das dificuldades que possam enfrentar na amamentação, situação essa, que merecer ser avaliada, pois pesquisa realizada em 2008 em todas as capitais brasileiras constatou a prevalência do AME em 41,0%.(BRASIL, 2009). No município de Palmeira das Missões/RS há unidade de Estratégia de Saúde da Família que promovem ações em prol do aleitamento materno no período de pré-natal e puerpério. Observou-se em visitas domiciliares a puerpéras, por ocasião da inserção como docentes e estudantes de enfermagem, que um número significativo delas apresenta dificuldades relativas ao processo do aleitamento materno, deixando de amamentar, precocemente, apontando para a necessidade deste estudo, cujos resultados poderão subsidiar as políticas públicas do município em

relação a essa temática. **Objetivo**: Esta pesquisa tem por objetivo analisar a situação do AME e o acompanhamento das equipes de saúde no pré-natal, puerpério e puericultura no município de Palmeira das Missões /RS. **Metodologia**: O estudo é uma investigação transversal, descritiva, quantitativa, realizada nas duas UBS com ESFs do município de Palmeira das Missões- RS. A População consta de mães que tinham filhos na idade de até dois anos, atendidas nas ESFs. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário semi-estruturado. A população da pesquisa foram 173 mães de crianças menores de 2 anos de idade cadastradas. A amostra foi calculada segundo Barbetta (2006) compreendendo 121 mães, considerando uma margem de erro de 5%, respectivamente 71 mães no ESF I e 50 mães no ESF II. Após a localização das mães que se adequavam aos critérios de inclusão, houve sorteio. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2009 a julho de 2010 e obteve-se 47 mães na ESF I e 28 na ESF II totalizando 75 mães. Cabe destacar que, dentre as sorteadas, houve a exclusão daqueles que, após três tentativas de contato, não foram localizadas totalizando 16 e não houve recusa. O restante das mães foram encontradas nas residências, pois o endereço no cadastro da família não era compatível com a residência visitada acumulando-se 50 perdas. Os dados foram analisados através da Estatística Descritiva do Programa Excel 2003 utilizando freqüência e porcentagens. A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da UFSM com o protocolo nº 0209.0.243.000-09. A participação das mães se deu após da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados**: O estudo mostra que das 75 mulheres entrevistadas 73 (97,3%) realizaram o pré-natal e a prevalência de AME até os seis meses foi 34,2%, índice considerado baixo quando comparado a prevalência do AME em crianças menores de 6 meses nas capitais brasileiras de 41% (BRASIL, 2009). Salienta-se que no período de pré- natal 64 (87,7%) receberam informações e/ou de incentivo para o AM. Dentre os profissionais que forneceram a informação ou incentivou para o AM no Pré- natal, 44 (68,8%) referiram o enfermeiro e 15 (23,4%) o médico. Estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro apontou que 30% das mulheres realizaram o pré-natal com a enfermeira e 42% delas receberam orientações sobre o aleitamento materno (BARRETO; SILVA; CRISTOFEL; 2009). Quanto ao recebimento de informações e incentivo para o AME na internação hospitalar por ocasião do nascimento 49 (65,3%) das mulheres relataram ter recebido e 24(49%) apontam o enfermeiro como responsável, seguido de 21(42,8%) outros profissionais de saúde (médicos, técnicos de enfermagem e demais profissionais da área da saúde). No que se refere ao recebimento de informações e/ou incentivo para o AME após a alta hospitalar 49(65,3%) receberam informações e apoio para o AME da mãe seguido de 18 (36,7%) companheiro/marido, amigos, sogra, comadre, cunhada, vizinha e irmã e apenas 11(22,4) dos profissionais de saúde. A influência familiar no AM foi evidenciada em estudo(SILVEIRA ET AL 2008). Quanto mais jovem a mulher mais influencia recebe de mulheres que amamentaram em épocas que se usava a mamadeira para a oferta de líquidos influenciando negativamente a adesão do AME (FRANÇA ET AL, 2008). **Reflexões finais**: O estudo mostra que as mulheres aderem ao AME, porém por período muito curto e isto pode estar relacionado ao frágil acompanhamento delas no puerpério pelos profissionais de saúde. Sugere-se maior incremento no acompanhamento as mulheres no período gravídico puerperal nas ESFs deste município, pois confirma-se o conhecimento empírico prévio como forte determinante nas decisões da mulher na manutenção do AME.

Referências

BARRETO, C. A. ; SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M.M. Aleitamento materno: a visão das puérperas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(3):605-11. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a18.htm>. Acesso em: 03/02/11.

BRASIL. *Ministério da Saúde***.** II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**.** Editora MS, Brasília - DF, 2009.

FRANÇA, M. C. T. et al. Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Revista de Saúde Pública* 2008;42(4):607-14.

PARADA, C. M. G. L. et al. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005; 13(3):407-14.

SILVEIRA, V.G. et al. Percepção da mãe sobre aleitamento materno na puericultura. *Ciência, Cuidado e Saúde.* 2008 Out/Dez; 7(4):523-529.

79 CAPACITAÇÕES DE EQUIPES DE ESFS: O QUE DIZEM OS GESTORES E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

BRINGMANN, Janice
(Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC/ CNPq. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde – GEPS)

MATTANNA, Gabriele
(Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC. Bolsista do Programa UNISC de Iniciação Científica - PUIC/UNISC. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde – GEPS. E-mail: gabimattanna@hotmail.com)

KRUG, Suzane Beatriz Frantz
(Enfermeira. Doutora em Serviço Social. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde – GEPS)

ALVES, Luciane Maria Schmidt
(Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Professor Auxiliar do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul UNISC. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde – GEPS)

ASSUNÇÃO, Ari Nunes
(Enfermeiro. Doutor em Filosofia da Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde – GEPS)

Descritores: Saúde da Família; Capacitação em Serviço; Qualificação Profissional.

Reafirmando os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, integralidade e equidade - o Ministério da Saúde (MS) criou no ano de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que mais tardiamente passou a ser denominada Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa nova modalidade de prestação de serviço em saúde no Brasil suscitou da necessidade de substituir o modelo tradicional de assistência tecnicista e curativista por um modelo que priorizasse as ações voltadas à prevenção, promoção e reabilitação da saúde dos indivíduos (FONTINELE JÚNIOR, 2003). O foco direcionado a Atenção Básica de Saúde (ABS) demanda, uma visão ampliada nos modos de ver e fazer saúde, levando em consideração ações que contemplem além dos aspectos epidemiológicos, os aspectos sociais, econômicos, culturais do processo saúde-doença nos territórios adscritos das ESFs. A comunidade configura-se como a razão da existência da ESF, devendo ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o sistema, fortalecendo o fazer democrático da saúde. Neste sentido, ressalta-se a importância da constante capacitação dos profissionais que atuam nestes locais, tendo em vista a dinamicidade das mudanças que ocorrem tanto na sociedade, como no setor saúde, principalmente em relação às tecnologias disponíveis e necessidade de mudanças comportamentais. Ações de âmbito educacionais para profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde são de suma importância, uma vez que a formação da maioria dos profissionais baseia-se em currículos voltados principalmente ao modelo biomédico/hospitalocêntrico, fugindo do modelo de atenção proposto pelas ESFs (FARAH, 2003). O modelo de gestão pode representar um fator de estímulo ou repressão à concretização de uma educação permanente na busca de qualificação por parte dos profissionais inseridos neste sistema. Dentro deste contexto, o presente estudo pretende analisar e descrever a visão dos gestores em relação à política de capacitação das equipes de ESFs no seu município, bem como, o que os profissionais dessas unidades de saúde referem em relação ao acesso e estímulo que recebem para a

efetivação dessas estratégias de educação permanente no trabalho. Metodologicamente, o estudo trata-se de um recorte da pesquisa em andamento intitulada "Saúde da Família: um olhar sobre a estratégia nos municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/RS"[1], desenvolvida pelo Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul – RS (GEPS-UNISC). Trata-se de um estudo qualitativo, em que a coleta de dados foi realizada com profissionais de saúde e gestores da saúde de um município de 30.153 habitantes com três equipes de estratégias de saúde da família, pertencente à região do Vale do Rio Pardo no Estado do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram do tipo estruturada, compostas por questões abertas, gravadas em áudio e coletadas pelos professores pesquisadores do projeto, sendo a organização e análise dos dados através do enfoque da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2010). O estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos presentes na Resolução n° 196/96 que dispõem sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, bem como mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC sob protocolo 23771/09. A coleta dos dados contemplou dois gestores, ambos com escolaridade de nível superior, sendo o coordenador das ESFs um enfermeiro pós-graduado e o secretário municipal de saúde com formação em administração de empresas. Entre os profissionais de saúde estão três dentistas, três enfermeiros e dois médicos, com média de 32,5 anos de idade, sendo que cinco destes são mulheres. Dentre estes profissionais, cinco atuam em ESF a menos de um ano e apenas um deles possui especialização. Com a análise dos depoimentos foi possível averiguar, por parte dos gestores, a efetivação de ações isoladas e pontuais, não caracterizando uma sistematização de capacitações em saúde no município. Estes admitem que ocorrem falhas na política de educação em serviço e que precisam rever a forma como esta política acontece no município. Destaca-se que as capacitações são realizadas por profissionais do próprio município e voltadas principalmente aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Contesta-se esta realidade, uma vez que, como firmado no Pacto pela Saúde os gestores têm o compromisso com a capacitação dos recursos humanos, devendo primar pela qualificação de todos os profissionais, bem como, dos próprios gestores na perspectiva do fortalecimento da gestão e qualidade no modo de fazer saúde (BRASIL, 2006). Nas entrevistas com os profissionais de saúde, observa-se que existem semelhanças nas falas, apontando que estes referem ter acesso as capacitações, porém, de maneira limitada e, estas quando disponibilizadas, são ofertadas por parte da Coordenadoria Regional de Saúde ou por órgãos do Estado. No entanto, a iniciativa de participação em eventos de qualificação profissional parte do próprio profissional, não havendo uma exigência institucional para participação em eventos desta natureza. Além disso, no entendimento dos profissionais, percebe-se uma carência quanto a disponibilização de recursos financeiros, o que implica em fragilidade da gestão em investir na educação continuada, interferindo diretamente no acesso a capacitações. A capacitação é ponto chave para que esses profissionais desenvolvam suas atividades com eficiência e sejam educadores, ponto frágil nos serviços de saúde e de uma problemática significativa que tem contribuído para a falta de qualidade no atendimento aos usuários (WENDHAUSEN; SAUPE, 2003). Desvela-se também, que os profissionais deixam, muitas vezes, de solicitar saídas para capacitações para evitar que o serviço fique sem cobertura de profissional da área, inibindo, desta forma, o aprimoramento da qualificação dos serviços prestados nestas unidades. Este dado traz à tona, uma das fragilidades do panorama da assistência à saúde pública no Brasil, em que a escassez de recursos humanos, especificamente, de profissionais da saúde, dificulta o aprimoramento dessa assistência, traduzindo um círculo vicioso

[1] Pesquisa contemplada com Bolsa PUIC (Programa Unisc de Iniciação Científica); ARD (Auxílio Recém-Doutor/FAPERGS – edital 2009); bolsa PIBIC (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/CNPQ); Bolsa PROBIC (Programa de Bolsas de Iniciação Científica/FAPERGS).

de situações que emperram essa realidade. Com base nas entrevistas, percebe-se que a capacitação destes profissionais nestes serviços de saúde não configura-se como prioridade pelos gestores, tanto com relação aos profissionais das equipes das estratégias como também a sua própria capacitação. Presume-se que o número limitado de profissionais nas ESFs – somente um integrante de cada área, também é um fator limitante para a educação continuada nestes espaços. Aponta-se a necessidade de maior atenção por parte da gestão aos assuntos relacionados à capacitação dos membros integrantes da equipe das estratégias e também da própria gestão, no intuito de prestar aos usuários, uma assistência à saúde mais qualificada e humanizada conforme preconizado pelo sistema de saúde vigente no país. Considera-se de fundamental importância a existência destes processos de educação para os profissionais, bem como, investimento para que os mesmos participem, uma vez que, a educação continuada surge para resolver os mais diversos problemas e necessidades das profissões e dos serviços de saúde, com intuito de aperfeiçoamento e melhoria da prática assistencial, assim como o desenvolvimento da assistência integral à saúde. Aponta-se a educação permanente como uma das propostas mais apropriadas para trabalhar a construção de uma estratégia efetiva de assistência à saúde, pois permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas encontrados dentro e fora da equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação.

Referências

BARDIN, L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70, 2010. 223 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde*. Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FARAH, B. F. Educação em Serviço, Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde: sinônimos ou diferentes concepções?. *Revista de APS*, vol. 6, n. 2, p. 123-125, jul.- dez. 2003.

FONTINELE JÚNIOR, K. *Programa saúde da família PSF*: comentado. Goiânia: AB, 2003.

WENDHAUSEN A.; SAUPE R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. *Texto e Contexto Enfermagem*. vol. 12, n.1, p.17-25, jan.- abr. 2003.

80 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E O IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS

KINALSKI, Daniela Dal Forno
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem. Email: danikinalski2809@hotmail.com)

SANTOS, Naiana Oliveira dos
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

BEUTER, Margrid
(Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

DEBUS, Paula do Santos
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

MARTELLO, Naiashy Vanuzi
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

MARTINS, Mayani Suertegaray
(Acadêmica do 4º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Descritores: Idoso; Doenças Crônicas; Envelhecimento.

Introdução: Sabendo que a velhice causa diversas transformações na vida do indivíduo, não somente físicas como também psíquicas e sociais, faz-se necessário entender este fenômeno de longevidade. Segundo o estatuto do idoso, aprovado em setembro de 2003, idoso é aquele com idade igual ou acima de 60 anos. Especificamente, no Brasil, o envelhecimento está ocorrendo rapidamente, enquanto o número de crianças diminui, o número de idosos aumenta a cada dia. Diante das mudanças demográficas que vem acontecendo, acabamos nos deparando com novas configurações no perfil de saúde da população, assim passamos de uma fase em que os processos agudos deixam de ser predominantes, e as doenças crônicas degenerativas passam a assumir este novo perfil. De acordo com estudos brasileiros, cerca de 85% dos idosos apresentam, pelo menos uma doença crônica, junto com este dado surge então, uma maior demanda pelos serviços de saúde, além de uma série de variáveis que incluem o meio social, econômico, familiar, cultural e até mesmo a forma de como este indivíduo percebe-se nesta fase da vida (RAMOS, 2003). “As dimensões de personalidade podem contribuir para a adaptação ao envelhecimento, influenciando a saúde e a longevidade na velhice” (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007, p.23). O processo de envelhecimento é complexo e multidimensional. **Objetivos:** Conhecer a produção científica acerca do processo de envelhecimento da população brasileira, as condições de saúde e o enfrentamento dos idosos em situações crônicas de vida em bases de dados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado por meio de levantamento bibliográfico na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no portal *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), no mês de março de 2011. Para busca dos dados utilizaram-se como descritores: idoso, doenças crônicas e envelhecimento, encontrando-se 31 publicações. Após

a análise e leitura dos títulos e dos resumos, foram selecionados pesquisas de interesse pelos seguintes critérios de inclusão: artigos completos e disponíveis na língua portuguesa. A amostra do estudo foi constituída de seis publicações completas a partir da semelhança temática. Para melhor análise, das produções os dados dos artigos foram registrados em um instrumento com roteiro que continha: abordagem do estudo, ano de publicação, objetivos e resultados das produções. **Resultados:** De acordo com a abordagem dos estudos encontrados, destaca-se que um era quantitativo, três qualitativo e dois quali-quantitativo. Foram publicados em um período que corresponde ao ano de 2003 a 2010. Os artigos selecionados mostram seus objetivos e conclusões no fato de como está sendo o processo de envelhecimento no Brasil. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de população jovem, para outro caracterizado por enfermidades complexas e onerosas, próprias das idades mais avançadas, ou seja, as doenças infecto-contagiosas deram lugar para as doenças crônicas não transmissíveis. Entre elas, as mais frequentes são a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e demências. Estudos têm demonstrado que a maior parte dos idosos apresenta pelo menos uma enfermidade crônica, e com relação à funcionalidade 40 a 50 % tem algum grau de dependência. Em geral, as doenças nos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico constante e medicação contínua. Segundo Ramos (2003), o bem-estar na velhice resulta do equilíbrio entre várias dimensões de saúde, sem significar necessariamente, a ausência de problemas em todas essas dimensões. O estudo também revelou a necessidade de crescimento da expectativa de saúde, pois para acompanhar as demandas das doenças crônicas, representando a principal causa de incapacidade, e a maior razão para as demandas por serviços de saúde, fazem-se necessárias novas políticas públicas ao sistema de saúde brasileiro. De acordo com Almeida et al. (2002), entre as características que predispõe a utilização de serviços de saúde encontram-se as variáveis sócio-demográficas, como: idade, gênero, raça e hábitos de vida. Dessa forma, a capacidade de consumo de serviços de saúde é condicionada pela renda, cobertura securitária pública ou privada, pela oferta dos serviços e pela necessidade definida através da presença de um problema de saúde. Somando a isso, e de acordo com os estudos, surge a influência das condições de vida na saúde do idoso, pois é comprovado que as piores condições de vida favorecem a ocorrência de doenças e dificultam a adoção de hábitos sadios de vida. Percebe-se que idosos em situações crônicas de vida com alta percepção de sua integridade física e mental e, morando sozinhos, acarretam em uma série de dificuldades adicionais, como, por exemplo: o sentimento de solidão e de exclusão social, a má alimentação, além de dificuldades com a higiene pessoal e do próprio domicílio. Assim, para o idoso morar sozinho, primeiramente tem que analisar as condições econômicas e físicas suficientes para a manutenção do autocuidado. Surge também, uma demanda de idosos com outro tipo de característica, aqueles que necessitam da presença familiar, em maior ou menor grau, tanto no que diz respeito aos recursos físicos, financeiros e com relação à coabitação. Torna-se necessário entender que esse idoso em situação crônica de vida necessitará alterar hábitos de vida, e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com o próprio sentimento de incapacidade. Assim, ocorre um grande impacto econômico, causado não só pelos custos diretamente relacionados ao tratamento de saúde, como também para aqueles derivados da diminuição da força laboral devida a óbitos, incapacidade e perda de produtividade dos idosos. **Conclusão:** Considerando que o cenário nacional aponta para um número cada vez maior de idosos na população, com múltiplas doenças crônicas e níveis de dependência, este século, será marcado por novas necessidades de cuidado, como a promoção da qualidade de vida dos idosos, no sentido de novas expectativas de saúde, e na preparação do ser cuidador. Dessa forma, a enfermagem pode contribuir e desempenhar um papel relevante nessa área, preservando a autonomia e instigando sempre a independência do idoso. Acredita-se que os idosos mesmo com uma doença crônica,

podem viver bem, com as devidas medidas de tratamento e prevenção. Assim os profissionais de saúde, devem ter um olhar atento para a população idosa, direcionando suas orientações e cuidado, com o objetivo de proporcionar ao idoso uma melhor qualidade de vida.

Referências

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

IRIGARAY, T.Q; SCHNEIDER, R.H. Características de personalidade e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 19-27, 2007.

ALMEIDA M.F, et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.4, p. 743-756, 2002.

81 VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR: PROPOSTA DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

DIEHL, Daiane
(Acadêmica de enfermagem,bolsista PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. E-mail: dayanediehl@hotmail.com)

ROSA, Susimar da
(Acadêmica de enfermagem,bolsista PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC)

SILVEIRA, Charlene dos Santos
(Acadêmica de enfermagem,bolsista PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC)

KRUG, Suzane Beatriz Frantz
(Enfermeira, Doutora em Serviço Social, Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC. Tutora do PET-Saúde/Vigilância em Saúde)

Descritores: vigilância em saúde do trabalhador; educação em saúde; instituições acadêmicas; instituições de saúde.

Introdução: O tema Vigilância em Saúde do Trabalhador pode ser discutido sob várias perspectivas: quer como uma estratégia para a operacionalização de uma determinada política de saúde, quer em seus aspectos legais, ou ainda no que se refere ao controle social (SATO, 1996). A vigilância em saúde do trabalhador, enquanto campo de atuação,distingue-se da vigilância em saúde em geral e de outras disciplinas no campo das relações entre saúde e trabalho por delimitar como seu objeto específico a investigação e intervenção na relação do processo de trabalho com a saúde (MACHADO, 1997). O enfoque da promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde vêm se colocando como um instrumento poderoso para que o campo da Saúde do Trabalhador possa integrar-se e sair do isolamento em que se encontra nas políticas públicas de saúde, procurando mostrar que os problemas de saúde por essa área colocados não dizem respeito apenas aos trabalhadores, mas também ao meio ambiente e à população como um todo (ALVES, 2003). Neste contexto, a notificação dos agravos à saúde do trabalhador é objeto de preocupação dos formuladores de políticas de saúde desde a década de 80, como mostram iniciativas estaduais e municipais em programas e centros de referência em saúde do trabalhador. Tais experiências têm buscado responder às deficientes intervenções tanto das Delegacias Regionais do Trabalho, quanto dos serviços médicos das empresas, propondo uma ação mais global sobre a morbi-mortalidade relacionada ao trabalho, conjugando a assistência às ações de vigilância e contando com a participação dos trabalhadores. A vigilância à saúde do trabalhador foi incorporada ao SUS a partir da *Constituição Federal* de 1988, regulamentada pela *Lei Orgânica da Saúde* (*n. 8.080* de 1990). A saúde do trabalhador passa, então, a ser também de responsabilidade da saúde pública, fato que confere aos programas, centros de referência em saúde do trabalhador e aos agentes sanitários do SUS, a prerrogativa da vigilância em locais de trabalho, antes tarefa exclusiva do Ministério do Trabalho, por intermédio das Delegacias Regionais. Um modelo de atenção à saúde nestes moldes, com ênfase na Vigilância em Saúde, incorpora e ultrapassa os modelos assistenciais vigentes, estimula a integração ensino-serviço, supera a dicotomia entre práticas coletivas e práticas individuais em saúde e articula ações de prevenção, promoção, educação e recuperação da saúde, conforme é explicitado nas diretrizes do SUS. Sendo assim, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET Saúde/Vigilância em Saúde (PET Saúde/VS) - da Secretaria de Gestão do

Trabalho e da Educação na Saúde, órgão do Ministério da Saúde afirma a importância da integração ensino-serviço como estratégia de mudanças na formação da área da saúde e de fortalecimento da formação continuada dos profissionais da rede de serviços de saúde. O projeto do PET Saúde "Vigilância em saúde: um estudo com trabalhadores cadastrados e não cadastrados na Unidade Municipal de Referencia em Saúde do Trabalhador de Santa Cruz do Sul**"** é a materialização da discussão e da ação conjunta da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC e da comunidade para fomentar a educação pelo trabalho para a saúde no âmbito da Vigilância em Saúde no município de Santa Cruz do Sul. O projeto que iniciou em agosto de 2010 encontra-se atualmente na fase inicial de coleta de dados e envolve um coordenador, um tutor acadêmico, três preceptores (profissionais da rede de saúde do município), nove acadêmicos bolsistas de diferentes cursos de graduação da área da saúde da universidade, entre eles, enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia, farmácia. **Objetivos:** tem como principais objetivos quantificar os agravos acidentes de trabalho detectados em segmentos diferenciais como grupos etários e outras estratificações, favorecendo estratégias preventivas; fortalecer ações de educação permanente entre os profissionais de saúde e os usuários sobre os agravos do trabalho, articulando com a rede básica de atendimento; capacitar e estimular para a importância da notificação de acidentes de trabalho nos sistemas de informação. **Metodologia:** As atividades programadas têm como cenário de aprendizagem os serviços de Vigilância em Saúde em todos seus espaços e seus equipamentos e ao nível central da Secretaria Municipal de Saúde. Nesse cenário realizam-se atividades de ensino, pesquisa e extensão. Entre esses serviços destaca-se a Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) - serviço de assistência à saúde no município que desenvolve ações de promoção, de prevenção, de vigilância e de assistência, sendo um serviço especializado em atender agravos de saúde relacionados ao trabalho, dentro do princípio de atenção integral à saúde do SUS (Sistema Único de Saúde). Tem por objetivo a avaliação e o acompanhamento de casos de média e alta complexidade, cuja resolutividade não foi alcançada na rede básica. Atende os trabalhadores residentes em Santa Cruz do Sul, que exercem ou exerceram atividades remuneradas, com ou sem vínculo empregatício, contribuintes ou não da Previdência Social (INSS), os não remunerados, tais como, desempregados, estagiários, voluntários, donas de casa, etc. Os trabalhadores são encaminhados de diferentes serviços de saúde e instituições como unidades de saúde, sindicatos, hospitais, empresas, através do documento de Referência e Contra-Referência, preenchido pelo profissional que o atendeu. Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação e pesquisa observacional, com fontes de dados constituídos por dados numéricos de notificações de agravos de trabalho e de observação in-loco. As informações referentes à notificação dos casos são extraídas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), junto à vigilância epidemiológica do município, UMREST e CEREST (Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador), através dos dados da SIST/RS (Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador). Também os casos observados e identificados no cotidiano das ações de assistência à saúde da equipe dos ESFs serão considerados. Informações sobre o sistema e serviços de saúde serão obtidas através de análise documental, observação *in loco* (com diário de campo*)* e aplicação de entrevistas estruturadas junto aos casos suspeitos. Estão sendo analisados os casos notificados e os casos suspeitos não notificados desde 2008. Por tratar-se de pesquisa-ação, em que o processo segue um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela, os dados coletados nas entrevistas com os usuários e nas observações da prática serão constantemente analisados para planejar, implementar, descrever e avaliar modificações para a melhoria da prática de assistência e notificação dos casos pelas equipes de ESFS. Os dados obtidos nos registros de informação e das entrevistas com os casos suspeitos serão segmentados e estratificados em uma análise quantitativa, elaborando-se um perfil do acidentado do

trabalho no município. **Resultados:** O impacto potencial do projeto para a vigilância em saúde se dará por diversas ações, entre elas, pela identificação dos casos de agravos de trabalho na comunidade não diagnosticados e não notificados; melhoria no sistema de informação do município entre a unidade básica de saúde e o serviço especializado; fortalecimento da prática de encaminhamentos de casos entre as unidades e serviços de saúde e a UMREST (referência e contra-referência); aprimoramento da prática assistencial de saúde nas unidades básicas e de notificação de casos de agravos do trabalho; desencadeamento de ações e negociações coletivas (gestores, profissionais de saúde, usuários, empresas) com aprofundamento do conhecimento e prevenção de riscos de determinados ramos de atividade econômica, ou por critério geográfico, quando os casos assim se apresentarem. A partir da seleção dos eventos mais significativos, poderão ser desencadeadas ações de impacto ou ações de alcance coletivo, de modo a potencializar as medidas preventivas junto às empresas e setores econômicos, juntamente com o controle social. De forma geral, com base nas informações produzidas, será possível avançar para a análise da situação dos determinantes sociais da saúde e das iniquidades em saúde, bem como, para a análise de desempenho e monitoramento dos serviços de saúde e de ações de promoção da saúde, produção técnica-científica e relatórios técnicos decorrentes do trabalho. Estas ações irão permitir ainda a análise dos riscos à saúde e qualidade de vida da população trabalhadora, além de um mapeamento dos fatores de risco, proteção à saúde e do monitoramento de situações que configurem emergências epidemiológicas dos locais de trabalho com risco à população. **Conclusões:** Para a formação dos futuros profissionais de saúde, as contribuições se darão no âmbito da organização do trabalho em equipe multiprofissional de caráter interdisciplinar envolvendo profissionais, docentes e estudantes de diferentes cursos e em diversos estágios de adiantamento, de modo a favorecer a integração das ações de saúde e as atividades didático-pedagógicas por meio do desenvolvimento de ações voltadas para as reais necessidades de saúde da população; da capacitação dos integrantes do grupo, em metodologias de pesquisa e metodologias ativas de aprendizagem, para consolidação do processo de educação no trabalho, fortalecendo a integração ensino-serviço; da inserção dos estudantes na realidade local de saúde, promovendo o desenvolvimento do compromisso com a formação acadêmica de qualidade, ética e cidadã e do desenvolvimento dos estudantes, preceptores e docentes para uma atitude crítico-reflexiva sobre o processo de aprendizagem no trabalho.

Referências

ALVES, Roberta B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios Cad. Saúde Pública vol.19 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2003.

MACHADO, Jorge M. Huet. Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cad. Saúde Pública*, vol.13- supl.2. Rio de Janeiro, 1997.

SATO, Leny. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador . *Cad. Saúde Pública*, vol.12 n.4 Rio de Janeiro Oct./Dec,1996.

82 EUTANÁSIA E BIOÉTICA EM PEDIATRIA: ATÉ QUE PONTO PROLONGAR A VIDA?

CORDEIRO, Franciele Roberta
(Acadêmica do 8° Semestre da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Saúde. Integrante do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

QUADROS, Jacqueline Silveira de
(Acadêmica do 6º semestre o curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano UNIFRA. Bolsista na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria. Email:Jacqueline_quadros@hotmail.com)

ZAMBERLAN, Kellen Cervo
(Acadêmica do 8° Semestre da Universidade Federal de Santa Maria.Integrante do grupo de pesquisa Saúde da Pessoa, Família e Sociedade)

RAMBO, Christiani Andrea Marquesini
(Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica- UTI PED- do Hospital Universitário de Santa Maria/ HUSM)

BEUTER, Margrid
(Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM. Professor do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Eutanásia; Bioética; Unidades de terapia Intensiva; Humanização na Assistência; Enfermagem.

A eutanásia ou também por alguns, denominada de boa morte pode ser definida como “o emprego ou abstenção de procedimentos que permitem apressar ou provocar o óbito de um doente incurável, a fim de livrá-lo dos extremos sofrimentos que os assaltam” (LEPARGNEUR, 1999 apud SIQUIERA-BATISTA, 2006, p.2). Essa temática tem sido constantemente discutida no momento atual, devido às considerações bioéticas que a envolvem a crescente preocupação das diferentes sociedades com as questões relacionadas à morte e ao morrer (SIQUEIRA-BATISTA,2006). Se discutirmos os princípios bioéticos relacionados ao adulto já é um assunto polêmico, quando nos reportamos para a pediatria o tema fica ainda mais complexo. A morte de uma criança ou de um adolescente é vista pela sociedade como algo inaceitável, uma contradição a ordem maior da vida em que os mais velhos morrem antes dos mais jovens. “A criança é considerada um ser que carece de atenção e cuidados especiais, um ser que deveria iniciar a sua vida. Assim, a morte torna-se um processo doloroso para ela e para sua família, pois impede o processo natural, que seria a continuidade da vida” (AVANCI, CAROLINDO, GÓES, NETTO, 2009, p.709). A morte na criança geralmente é resultante de problemas respiratórios, pois, seus órgãos ainda não estão totalmente formados, levando dessa forma a falências circulatórias pela privação de oxigênio aos órgãos. Na criança a parada cardiorrespiratória resulta da privação de oxigênio aos tecidos, devido à dificuldade respiratória. A morte se instala gradativamente, levando a irreversibilidade do quadro já que mesmo com o socorro imediato o quadro de morte instalada costuma ser difícil de interromper, quando a morte não ocorre nesses casos, muitas vezes a criança fica com seqüelas neuromotoras graves ou sobrevivendo à dependência de ventiladores e demais equipamentos de suporte de vida. O prognóstico e qualidade de vida nesses casos ficam questionáveis (CARVALHO, 2005). Dessa forma, muitas vezes as decisões médicas e da equipe de saúde (quando acontecem desta forma)

podem tomar proporções imprevisíveis e muitas vezes causarem mais sofrimento tanto para a criança quanto para a família. Existe socialmente uma cultura de negação a morte e os profissionais de saúde, de maneira geral, são formados para trabalhar com a vida e o prolongamento desta a qualquer custo. O que se questiona neste cenário, são as repercussões que tais investidas desenfreadas na vida, muitas vezes mantidas a um ponto que não se prolongará posteriormente, apresentam na família de crianças com prognóstico fora de possibilidade terapêutica de cura.Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo discutir as repercussões bioéticas em pediatria relacionadas a crianças que apresentam prognóstico fora de possibilidades de cura em Unidades de Terapia Intensiva. Para a realização dessas discussões foram realizadas buscas de materiais teóricos na base de dados LILACS associado a vivências acadêmicas na UTI pediátrica por meio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFECEN) vinculado ao curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Foram realizadas vivências acadêmicas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) durante o mês de fevereiro de 2011, perfazendo um total de 66 horas. A acadêmica de enfermagem inseriu-se no serviço a partir do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFECEN), vinculado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). As atividades realizadas na unidade foram relativas ao profissional enfermeiro, sempre sob a supervisão desse profissional. Além disso, a aluna teve a supervisão de uma professora orientadora, como exige o PROFECEN.A partir das vivências realizadas na UTI pediátrica, discutimos o caso de uma criança, nascida de cesárea após a tentativa de parto vaginal com a utilização de fórceps, sem sucesso. O recém-nascido apresentou anóxia durante o trabalho de parto e desenvolveu encefalopatia Hipóxico – Isquemia grau III. Logo após o nascimento foram realizadas manobras de reanimação e manutenção cardioventilatória. A criança foi encaminhada a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário, onde ficou até completar quarenta dias de vida. Sem alterações no quadro clínico, mantida em ventilação mecânica e sob cuidados especiais, posteriormente a criança foi transferida para a UTI pediátrica onde se iniciaram cuidados na perspectiva de melhora do quadro clínico da criança.Discussões do caso foram realizadas entre os profissionais da equipe de saúde, após cerca de um mês de internação na UTI pediátrica, chegou-se ao consenso de não se tentar adotar medidas terapêuticas agressivas, visto a não responsividade da criança as demais terapêuticas até então adotadas. Procedimentos invasivos eram medidas consideradas exageradas para os profissionais, mas não para os familiares do recém-nascido, que insistia na adoção de tratamentos diferenciados e que pudessem “salvar” a vida da criança. Tal situação gerou conflitos entre a equipe de saúde e a família. A criança foi mantida em ventilação mecânica por um período de aproximadamente dois meses, com nutrição via enteral, recebendo assistência médica, de enfermagem, do profissional fisioterapeuta e nutricionista. A decisão por continuar “investindo” na criança esteve respaldada na vontade da família que não aceitou a condição fora de possibilidades terapêuticas de cura na qual a criança se encontrava. Dois meses após a internação a criança evoluiu ao óbito, sem ter apresentado melhora do quadro clínico inicial.Considerando as questões relativas ao fim da vida, podemos observar que existe uma pluralidade de respostas possíveis e que vários pontos de vista devem ser considerados, não se tratando de um relativismo sem limites. Outro ponto que provoca discussões importantes no ramo da bioética é o desenvolvimento da tecnologia, o prolongamento da vida, e o dilema entre a sacralidade da vida e uma preocupação com a sua qualidade. Ao atribuirmos a vida um valor absoluto, adotamos uma postura de que esta deve ser mantida a todo custo, e desta forma nada poderá ser feito para a sua abreviação, pois a morte abre-se como uma possibilidade inaceitável, permeada pelas questões da bioética que em nosso país não permitem a realização da eutanásia, que abre margem para outras situações como a distanásia e o suicido assistido acontecerem. O

desenvolvimento tecnológico e farmacológico favoreceu a manutenção e prolongamento da vida, o que questiona-se, é até que ponto a utilização de todo aparato tecnológico reflete em qualidade de vida e na redução dos conflitos familiares e sofrimento tanto do paciente como da própria família. (ANJOS, 2002).Nesse contexto, situamos a enfermagem que em se tratando de tomada de decisões envolvendo questões éticas, muitas vezes se demonstra frágil e pouco visível. Toffoletto et al (2005), dizem que observa-se que os enfermeiros tendem a manter distanciamento dessas situações, por vezes, de forma consciente, em razão do sofrimento emocional que o enfrentamento dessas situações acarreta, nem sempre fácil de ser vivenciado. Por fim, acreditamos que existe ainda um tabu ao discutirmos morte e eutanásia em pediatria. As questões relativas à bioética muitas vezes parecem obscuras nas Unidades de Terapia Intensiva, permeadas pelo medo na tomada de decisões dos profissionais de saúde, que por sua vez parecem não diferenciar os diversos conceitos em bioética tais como, eutanásia, distanásia, suicídio assistido entre outros.Percebemos também que ocorrem divergências na tomada de decisões entre a equipe em consonância com a falta de informações e de um diálogo com a família. Em pediatria, talvez mais do que em qualquer outra unidade, a família deve ser inserida no cuidado, visto a tomada de decisões envolvidas e relacionadas à proteção de um ser que é vulnerável sócio e fisicamente.A morte quando acontece com a criança, certamente causa impacto tanto na equipe de saúde quanto nos pais, visto as projeções já apresentadas que são realizadas para este ser, o que deve ser então tomado como premissa, é o não prolongamento do sofrimento através de uma obstinação terapêutica que prolonga o sofrimento de todos os envolvidos nessa assistência. Certamente, com a definição dos papéis de cada profissional na equipe, aliado aos conhecimentos relacionados à bioética, bem como a comunicação e o diálogo entre e equipe e familiares, podem tornar o processo de morrer em pediatria menos sofrido, conflituoso embasado nos princípios bioéticos que podem contribuem com a humanização no final da vida.

Referências

ANJOS, M. F. (2002). Bioética e teologia. Bioética - Uma perspectiva brasileira [número especial]. Mundo da Saúde, *26*(1), 40-50

AVANCI, B.S.; CAROLINDO, F.M.; GÓES, F.G.B.; NETTO, N.P.C. Cuidados Paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, 2009 out-dez; 13 (4): 708-16

CARVALHO, P.R.A.; AZEVEDO, N.S.G. Quando quem morre é a criança. In: Santos, F.S.(Org). **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, R. Às margens do Aqueronte: finitude, autonomia, proteção e compaixão no debate bioético sobre a eutanásia. **Tese de Doutorado** apresentada à escola Nacional de Saúde pública. Rio de Janeiro : s.n., 2006. 124p.

TOFFOLETTO, M. C. et al. A distanásia como geradora de dilemas éticos nas Unidades de Terapia Intensiva: considerações sobre a participação dos enfermeiros. **Acta paul. enferm. [online].** 18(3): 307-312, 2005.

83 AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS EM UM HOSPITAL ESCOLA

PORTO, Adrize Rutz
(Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas - UFPel e Bolsistas DS-CAPES. E-mail: adrizeporto@gmail.com)

THOFEHRN, Maira Buss
(Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFPel. E-mail: mairabusst@hotmail.com)

AMESTOY, Simone Coelho
(Doutoranda pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professora da UFPel)

DAL PAI, Daiane
(Doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professora da UFPel)

JONER, Leandro Rauber
(Acadêmico de Enfermagem da UFPel. Bolsista PIBIC/CNPq)

Descritores: enfermagem; ambiente de trabalho; equipe de enfermagem.

Introdução: A promoção de novas formas de compreensão e ação diante dos problemas identificados por qualquer um dos segmentos que compõem o sistema de saúde pode oportunizar mudanças nas práticas e rotinas que se constituem como cuidados oferecidos a usuários, famílias e comunidades (THOFEHRN; LEOPARDI, 2009). O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem: como finalidade o cuidado terapêutico; como objeto, o indivíduo doente ou indivíduo/grupos sadios ou expostos a risco, necessitando preservar a saúde ou prevenir doenças (cuidado); como instrumental de trabalho as ferramentas e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde. Assim, o processo de trabalho na saúde, é subordinado a um fim e mesmo sendo um serviço desencadeia uma atividade humana que opera uma transformação, no objeto sobre o qual a equipe de saúde atua por meio do instrumental (MARX, 1997). Desta forma transforma o objeto de trabalho não em outro, mas pela promoção de saúde as pessoas que procuram as organizações hospitalares. Os serviços de saúde se organizaram sob os princípios da administração científica: o hospital ou a rede de serviços ambulatoriais se organiza de forma que convive no mesmo espaço institucional - a especialização do conhecimento, aplicada por um número cada vez maior de profissões de saúde, e a divisão pormenorizada do trabalho internamente às profissões. A grande discussão das finalidades do trabalho em saúde e enfermagem se constitui na forma como o usuário pode ser tratado, como um consumidor de atos de saúde, ou como um sujeito. Essa reflexão se estende aos profissionais de enfermagem que fazem parte dessa construção, e podem através da avaliação dos serviços que prestam proporcionar melhoria da qualidade de assistência à população. Nas últimas décadas com avaliação em saúde, apresentam um consenso conceitual, considerando que o ato de avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção/ação ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão e promoção de mudanças, visando tornar as ações mais racionais e efetivas. Considera-se, portanto, que a ação de avaliação é instrumento capaz de nortear e apreender diversos momentos do processo de atenção à saúde, possibilitando, assim, entender melhor os sucessos e insucessos de suas práticas com o objetivo de promover, de forma contínua, a

melhoria da qualidade dos serviços oferecidos com o menor custo financeiro possível (PERTERLINI; ZAGONEL, 2003). O resultado de um determinado processo de avaliação tem sido recomendado para ser utilizado na conscientização dos profissionais de saúde, e principalmente da própria comunidade, que assim passa a conhecer e refletir sobre seus problemas e necessidades. Frente ao exposto, o presente estudo busca construir um espaço para avaliar o processo de trabalho junto aos trabalhadores da equipe de enfermagem de um Hospital Escola de Pelotas, Rio Grande do Sul através de análises críticas das três dimensões incluídas na cultura das equipes de enfermagem: a linguagem, as atividades e as relações. Portanto, a observação sobre as práticas de cuidado e sobre o relacionamento humano no trabalho são os fatores que instigaram à proposição desta investigação, pois se acredita na avaliação grupal como um dispositivo potencializador de mudanças qualificadoras do processo de trabalho. **Objetivos:** Promover a reflexão e a avaliação sobre os cuidados de enfermagem com base num processo participativo dos intervenientes, visando a melhorar a organização do processo de trabalho e consequentemente a assistência prestada ao usuário do sistema de saúde; construir junto aos participantes alternativas de mudanças que operem na melhoria dos serviços prestados, bem como das relações humanas nas equipes de trabalho; acompanhar a implementação das mudanças e avaliar os resultados obtidos junto aos colaboradores de cada equipe quanto à avaliação participativa na prática da saúde e da enfermagem e; investigar os temas que emergirem após a avaliação do processo de trabalho de modo que essa possa ser adequada e adaptada às necessidades emergentes das equipes de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de uma nota prévia de um estudo qualitativo do tipo de pesquisa-ação participativa em andamento, do qual parte um projeto de dissertação. A pesquisa tem como orientação o modelo proposto por Kemmis e McTaggart (1988). Esses autores criaram um modelo composto por ciclos no interior de um espiral, com quatro etapas: planejamento, ação, observação e reflexão. O ponto de partida emerge da demanda da própria organização, isto é, à revelia da equipe de enfermagem do Hospital Escola. Desta forma, como diagnóstico da situação será realizada uma avaliação de resultados através de entrevista semiestruturada com os membros da equipe de enfermagem, a mesma será gravada e realizada no próprio contexto de trabalho, em conformidade com os preceitos éticos, antes e após a realização do estudo de avaliação participativa. A coleta de dados ocorrerá mediante a utilização das técnicas: observação participativa e grupo focal gravado. O desenvolvimento da pesquisa ocorrerá primeiramente por reconhecimento do terreno, etapa na qual o colaborador observará a atuação da equipe de enfermagem de cada turno, privilegiando os momentos de interação com pacientes e equipe na unidade. Serão utilizados diários de campo para anotarem suas observações sobre a linguagem utilizadas pela equipe de enfermagem, suas atividades e seu relacionamento com o paciente. Ao iniciar o primeiro ciclo – na etapa de **planejamento** será realizada reunião de grupo, entrega do modelo de Kemmis e McTaggart e informação sobre a técnica de observação participante e um guia para a elaboração do diário de campo; etapas de **ação e** de **observação**: ocorre a auto-observação das enfermeiras; e etapa de **reflexão coletiva**: baseada nas anotações de diário de campo. No segundo ciclo ocorrerá o **replanejamento**, no qual se abordará reflexões críticas e os documentos resultantes da observação e da avaliação que a equipe de enfermagem fizeram de sua prática em grupo focal; **ação e observação**: implementação na prática de estratégias de mudanças elaboradas anteriormente, sempre usando o diário de campo; e **reflexão coletiva**: os participantes avaliam o que ocorrera, o que era esperado, os limites e as conseqüências com relação às estratégias de mudança. As reflexões individuais serão escritas no diário de campo pelas participantes e coletivamente elaboradas juntamente com a pesquisadora. Em cada unidade de serviço de saúde do Hospital Escola o ciclo se completará no decorrer de dois anos. Os dados serão analisados mediante aplicação da técnica de análise de conteúdo que visa obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do

conteúdo das mensagens a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1977). Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPel sob o parecer n.º 178/2011. Com o intuito de preservar o anonimato dos participantes, após a coleta das informações os participantes receberão um codinome, nome de uma flor, a seu critério de escolha. A pesquisa conta com financiamento pelo Edital MCT/CNPq 14/2010 - Universal - Faixa A - Até R$ 20.000,00. **Perspectivas de resultados:** A avaliação participativa, e mais concretamente a pesquisa-ação participativa, é uma das possibilidades de se olhar para as relações interpessoais, do processo de trabalho da saúde e enfermagem, com vista à formação e afirmação de uma equipe, um grupo de trabalho que conduza sua práxis de modo crítico, reflexivo e participativo em prol do alcance de um cuidado que responda efetivamente aos anseios da população que procura e necessita dos serviços de saúde e de enfermagem. Acredita-se ser possível redimensionar e, quem sabe, reconstruir e humanizar a identidade dos profissionais de enfermagem, de forma que o enfermeiro, ao assumir o seu papel na coordenação do grupo de trabalho, o faça de modo a qualificar o cuidado, tendo como base os preceitos ético-legais e não somente o interesse das instituições de saúde que, em muitos casos, está mais preocupada em enfrentar a competitividade imposta pelo mercado. Assim, estimulando o profissional à reflexão, para que o mesmo, de forma consciente, possa definir e delimitar o seu real papel na comunidade e a sua contribuição para uma saúde mais solidária. **Conclusões:** O impacto dos resultados desta pesquisa está na premissa da conscientização das enfermeiras e sua equipe sobre a realidade prática que atenda de forma eficaz e eficiente as pessoas necessitadas, pela formação e afirmação de uma equipe coesa que exerça suas atividades de forma comprometida, responsável, criativa e prazerosa passando a ser vista e reconhecida institucional e socialmente.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1977.

KEMMIS, S.; McTAGGART, R. **The action research planner.** Austrália: Deakin University Press, 1988.

MARX, K. **O capital.** 7. ed. São Paulo: Difel, 1982.

PETERLINI, O. L. G.; ZAGONEL, I. P. S. Explorando a avaliação: um instrumento básico para o gerenciamento do cuidado em saúde coletiva. **Cogitare Enfermagem**; v. 8, n. 2, 2003.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. **Teoria dos vínculos profissionais:** formação de grupo de trabalho. Pelotas: Editora Universitária UFPel, 2009.

84 CLASSE HOSPITALAR: ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR TRANSFORMANDO O CUIDADO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE HOSPITALIZADO

CASTILHOS, Lara
(Acadêmica de Enfermagem do 7° semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA)

MACHADO, Denielle de Freitas
(Acadêmica de Fisioterapia do 5º semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA)

RODRIGUES, Ana Eliza Belizário
(Acadêmica de Enfermagem do 5º semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA, E-mail: nika.eliza@homail.com)

ZIANI, Marciele Monzon
(Acadêmica de Fisioterapia do 7° semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA)

NEILA Santini de Souza
(Enfª Doutoranda em Enfermagem/Dinter e docente da UNIPAMPA)

Descritores: educação infantil; internação hospitalar; estudos interdisciplinares.

A rotina hospitalar é caracterizada por ser tecnicista e insalubre, tornando-se um ambiente inadequado para crianças e adolescentes. Neste contexto, nos deparamos com a crua e triste realidade, a de uma sociedade que vem adoecendo cada vez mais precoce, entre estes, crianças e adolescentes que sofrem de doenças crônicas, crianças com necessidades especiais ou que muitas vezes são internadas para algum tratamento de saúde. Nesta perspectiva, refletimos sobre a necessidade de promover intervenções de educação e saúde no contexto hospitalar na tentativa de amenizarmos este quadro. A classe hospitalar possui função de auxiliar e acompanhar a criança e o adolescente internados, visando assegurar a continuidade da escolarização destes, independentemente do tempo de internação. Sendo que, toda a criança e adolescente têm direito a desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar, durante sua permanência hospitalar, esse direito é garantido oficialmente pela Política Nacional de Educação Especial. A promoção de ambientes educacionais e lúdico-terapêuticos nos hospitais contribui de forma ímpar para o enfrentamento das enfermidades por parte das crianças hospitalizadas, amenizando possíveis traumas (ZARDO; FREITAS, 2007). A infância se caracteriza pela fantasia, produzida na imaginação da criança, com o mal em forma de bruxas ou/e monstros e o bem como uma doce e agradável criatura. O ambiente hospitalar pode gerar uma conflitante realidade de sentimentos, pois modifica drasticamente a rotina da criança e do adolescente, retirando-os do ambiente familiar e do convívio dos amigos, expondo-os a difícil rotina hospitalar. As ações lúdicas e educativas, desenvolvidas na classe hospitalar, oportunizam a promoção de saúde e educação em diferentes perspectivas, pois trabalhamos não apenas com a criança, mas sim com seus familiares e acompanhantes. Estes passam a ser o foco de atuação da equipe interdisciplinar, pois a doença é um elemento incentivador na mudança de hábitos e na adoção de condutas mais saudáveis. As interações que promovem o ensino-aprendizagem não podem ser suspensas pelo fato da criança ou adolescente estar hospitalizado, pois interrompe o desenvolvimento intelectual, tornando sua reinserção no meio escolar mais difícil após sua recuperação. Mesmo doente, elas continuam interagindo, apropriando-se das informações disponíveis no meio e transformando-as em conhecimento. O papel da educação é de estimular essa

construção, possibilitando a cada criança e adolescente uma reflexão sobre o meio, sua doença, seus sentimentos, auxiliando-as a entender o que acontece ao seu redor (FONTES; VASCONCELLOS 2007). As relações de aprendizagem numa classe hospitalar são injeções de ânimo, remédio contra os sentimentos de isolamento e abandono, infusão de coragem, injetam confiança ao processo de hospitalização. Portanto, educação e saúde precisam caminhar juntas para um diálogo cada vez mais consistente e significativo, de modo a tornar possível uma atenção mais eficaz e digna para crianças e adolescentes distantes do convívio com seus pares, familiares e professores, por estarem em situação de exclusão social, motivada por doença (CECCIM; FONSECA, 1998). Este projeto de extensão nasceu a partir da interação de diferentes cursos da área da saúde e licenciatura do Campus Uruguaiana, entre eles, Enfermagem, Educação Física, Fisioterapia e Licenciatura em Ciências da Natureza, gerando contribuições sociais, científicas e culturais para todos envolvidos. É desenvolvido por meio da participação de acadêmicos voluntários e bolsistas, docentes e técnicos administrativos educacionais, com formação na área de enfermagem e fisioterapia. A partir desta iniciativa e das atividades desenvolvidas junto à classe hospitalar em unidade de internação pediátrica, pretendemos proporcionar uma melhor qualidade de vida a crianças e adolescentes, minimizando o trauma hospitalar, aproximando comunidade e universidade. As atividades de extensão vêm sendo desenvolvidas à beira dos leitos pediátricos e na brinquedoteca da unidade de internação pediátrica do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana/RS, contemplando ações de educação e saúde no ambiente hospitalar, através da realização de atividades interdisciplinares adequadas aos componentes curriculares, utilizando estratégias pedagógicas de acordo com a individualidade de cada criança e adolescente. O processo de ensinar no hospital ainda é recente porque, para muitos, configura-se, como uma ação terapêutica. Há discussões infindáveis sobre a terminologia do ensino no hospital, se pedagogia hospitalar, classe hospitalar ou atendimento escolar hospitalar. Ressalta-se que a criança e o adolescente internados têm possibilidades de aprender, considerando-o em suas necessidades especiais, provocando os profissionais da área para um planejamento com espaço e tempo flexíveis (RABELO; SANTOS, 2010). As atividades são divididas em três momentos: 1° Conversa com os responsáveis e escuta a família e ao pessoal da enfermagem com o objetivo de conhecer a história, idade, estado de saúde atual da criança e adolescente hospitalizado, etapa escolar que se encontra antes da internação, explicar para família/criança e/ou adolescente sobre a modalidade de atendimento e a proposta de trabalho que será realizada em parceria com a escola, obter também o consentimento dos interessados para a participação das atividades propostas; 2° Articulação com a escola de origem. Para as crianças/adolescentes que já freqüentam a escola e que a permanência no hospital for de três dias ou mais, busca-se o contato com a instituição escolar para obter informações referentes aos conteúdos que estão sendo trabalhados no momento e desenvolve-se um trabalho em conjunto com o professor da escola para que as atividades tenham continuidade; 3° Execução das atividades pedagógicas, lúdicas e educacionais propriamente ditas. As tarefas são escolhidas considerando a faixa etária da criança/adolescente. Outras vezes, o critério de escolha respeita as séries que os alunos presentes cursam na escola regular. A oferta curricular ou didático-pedagógica é flexível, de forma que contribua com a promoção de saúde e o melhor retorno e/ou continuidade dos estudos. Todas as faixas etárias são atendidas sem haver exceções, mesmo que a criança ou adolescente não esteja freqüentando a escola regularmente, é promovida a aprendizagem de competências próprias para os seus estágios de desenvolvimento intelectual. Com aquelas que ainda não estão em idade escolar ou pré-escolar, utiliza-se o lúdico, a recreação e a estimulação precoce, assim como, para as crianças com necessidades especiais, que participam de atividades apropriadas a sua necessidade. Até o momento, desenvolvemos um projeto piloto, que teve seu início no fim do ano de 2010, proporcionando o reconhecimento do local de desenvolvimento do projeto aos participantes,

planejando as atividades, realizando abordagens junto às crianças e adolescentes internados, seus familiares/acompanhantes e equipe de saúde, com a finalidade de apresentar o projeto. Os integrantes do projeto participaram também de reuniões junto ao Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do hospital visando o desenvolvimento de boas práticas com relação ao controle de infecção em unidade pediátrica. O projeto possui financiamento do Edital interno da PROEXT/UNIPAMPA de 2010 e busca recursos do Programa de Bolsas de Desenvolvimento Acadêmico/PBDA-UNIPAMPA. Esperamos que as atividades propostas possibilitem o suporte para experiências e vivências de aprendizagem da criança/adolescente, que os mesmos possam continuar participando do processo educativo, recebendo estímulos para garantir sua de autoestima e que o trabalho interdisciplinar favoreça a reinserção escolar após a hospitalização. O projeto almeja também, possibilitar à expansão de pesquisas voltadas ao tema e ter um impacto positivo na formação dos universitários, contribuindo para sua formação técnico-científica, política e cidadã. Além disso, as ações de ensino, pesquisa e extensão que integram a proposta, favorecem a integração entre universidade, hospital e comunidade, visando uma sociedade sustentável e de natureza transformadora. Este fato reforça as mudanças ocasionadas a partir do movimento iniciado na década de 80, com a instalação do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras - FORPROEX, em 1987, com a discussão conceitual de Extensão Universitária, a Extensão passou a ser vista como o processo educativo, cultural e científico que articula o Ensino e a Pesquisa de forma indissociável e viabiliza a relação transformadora entre Universidade e Sociedade (RABELO; SANTOS, 2010). As ações de educação e saúde na unidade de internação pediátrica podem colaborar e fortalecer a autoestima das crianças e adolescentes para o enfrentamento da situação de hospitalização, podendo manter o rendimento escolar, sem interferir no tratamento da patologia, bem como, aliviar o estresse dos familiares e acompanhantes. As ações também contribuem para a constante construção de conhecimento dos acadêmicos, pois os mesmos vivenciam experiências distintas das vividas em sala de aula, compreendendo assim, a importância da atuação multiprofissional e interdisciplinar na saúde, diante das diferentes perspectivas de atuação profissional.

Referências

CECCIM, R. B. FONSECA, E. S. Classes hospitalares no Brasil. Reunião de trabalho na classe hospitalar do Hospital Municipal Jesus. Rio de Janeiro, Secretaria Municipal da Saúde/Hospital Municipal Jesus - Secretaria Municipal da Educação/Classe Hospitalar Jesus, agosto/1998.

FONTES, Rejane de Souza; VASCONCELLOS, Vera Maria Ramos de. O papel da educação no hospital: uma reflexão com base nos estudos de Wallon e Vigotski. *Cad. CEDES* [online]. 2007, vol.27, n.73, pp. 279-303. ISSN 0101-3262.

RABELO, F. S.; SANTOS, M. J. A. Estágio supervisionado e extensão universitária em contexto hospitalar. Revista Ciência em Extensão - UNESP. Vol.6, n.2, p.57-67, 2010. ISSN 1679-4605.

ZARDO, Sinara Pollom; FREITAS, Soraia Napoleão. Educação em classes hospitalares: transformando ações e concepções à luz da teoria da complexidade. *Educ. rev.* [online]. 2007, n.30, pp. 185-196. ISSN 0104-4060.

85 PERCEPÇÃO DOS DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ACERCA DO SEU TRATAMENTO EM GRUPO DE APOIO

CASSOL, Paulo Barrozo
(Enfermeiro, especializando do Curso de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: cassolpp@gmail.com)

TERRA, Marlene Gomes
(Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil)

MOSTARDEIRO, Sadja Cristina Tassinari de Souza
(Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil)

Palavras-chave: Abuso de substâncias psicoativas; Educação em Saúde; Enfermagem.

Introdução: O uso de drogas é utilizado desde os primórdios da humanidade, diversas vezes com finalidades religiosas espirituais. Também, era usado como remédio, assim como para animar as reuniões festivas. Ou ainda, como mercadorias no comércio entre os continentes [1,2]. O ato de ingerir determinada substância pode levar a uma experiência com sentido de religação, um tipo de relação entre o ser humano e a droga, que são específicos de rituais e contextos culturais diferenciando-se do fenômeno da drogadição, fato este marcado, diversas vezes, como substâncias que fazem parte da alegria de viver do ser humano presentes em alguns eventos como o Carnaval, festa do Peão Boiadeiro e Oktoberfest, típicas de festas regionais brasileiras [2]. O uso de drogas lícitas como o álcool, geralmente é a porta de entrada para o uso de drogas ilícitas. Porém, tanto as substâncias lícitas ou ilícitas são prejudiciais a saúde se usadas sem controle. A Organização Mundial da Saúde (1981) define como drogas qualquer entidade química ou mistura de entidades (mas outras que não a necessária para a manutenção a saúde como, por exemplo, água e oxigênio) que alteram a função biológica e possivelmente a sua estrutura [3]. Na atualidade, o fenômeno das drogas é percebido em nossa sociedade como uma questão de saúde afetando a família, o trabalho, o trânsito. Dentre as possibilidades de educação em saúde, estão às atividades desenvolvidas pela enfermagem nos grupos de apoio aos dependentes de substâncias psicoativas. Com essa percepção foi desenvolvido uma pesquisa com o grupo de apoio para dependentes químicos no Serviço de Recuperação dos Dependentes Químicos (SERDEQUIM) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o qual foi apresentado em 2010 como Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Teve como **objetivo** geral descrever a percepção dos dependentes de substâncias psicoativas acerca do seu tratamento em um grupo de apoio. **Metodologia:** trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritivo realizado, de janeiro a março de 2010, O Projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria pelo Parecer Nº 0316.0.243.000-09. Utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada gravada em média player (MP3). As informações foram interpretadas mediante a Análise de Conteúdo Temática de Minayo [4]. Os sujeitos da pesquisa foram dezesseis usuários dependentes de substâncias psicoativas que participam dos grupos de apoio do SERDEQUIM/HUSM. Destes usuários somente um não esteve internado no serviço e os demais estiveram de uma a oito internações; 13 eram do sexo masculino e três do sexo feminino sendo suas idades entre 31 e sessenta e dois anos que utilizavam álcool, maconha e cocaína; dentre eles havia solteiros, companheiros, casados e separados que tinham ensino fundamental (incompleto a

completo), ensino médio (incompleto e completo), ensino pós-médio ou técnico e graduação. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: estar freqüentando o grupo de apoio no período de janeiro, fevereiro e março de 2010, ser maior de 18 anos, estar lúcido e ter capacidade de expressar-se aceitar participar de forma livre e espontânea da pesquisa. Para a análise e interpretação dos depoimentos, primeiramente, realizamos a transcrição das gravações, a releitura do material e organização do seu conteúdo e, posteriormente, analisamos conforme a Análise de Conteúdo Temática de Minayo [(4)]. **Discussão dos Resultados:** O tratamento em grupo por ser uma atividade com vários indivíduos permite atender um número maior de dependentes de álcool e outras drogas ao mesmo tempo, com um custo baixo. As informações foram interpretadas mediante a Análise de Conteúdo Temática de Minayo [(4)] que evidenciaram duas categorias: percepção das perdas resultantes do uso de substâncias psicoativas e percepção do grupo de apoio em relação ao seu tratamento. O grupo de apoio é um transformador de realidades, sendo que além de prevenir as recaídas, as troca de experiência estimula reflexões e por meio delas se oportuniza a elaboração de dificuldades pessoais. Dessa forma, ocorre um fortalecimento pessoal frente às drogas e outras situações da vida pessoal levando além da abstinência também a reconstrução pessoal. A educação em saúde é compreendida como uma educação pautada no diálogo, isto é, na troca de saberes; um intercâmbio entre o saber científico e o saber popular em que cada um deles tem muito a ensinar e aprender; nesse sentido, educar para a saúde é ajudar o indivíduo na busca da compreensão das situações e problemas de saúde, assim como as de suas soluções [(5)]. O dialogo, a troca de experiência, o apoio mútuo por pessoas que vivenciam problemas semelhantes são um instrumento importante para o tratamento do indivíduo dependente químico. A terapia de grupo tem objetivos educacionais, fornecendo informações sobre as desordens relacionadas a substâncias de abuso. Outra questão importante é que os indivíduos dependentes que estão a mais tempo em abstinência são modelos para inspiração e esperança. **Conclusões:** Através dos depoimentos nesta pesquisa, foi constatado que os usuários de drogas concebem as substâncias psicoativas como um processo de perdas familiares, materiais, morais e a sua saúde, assim como algo que vicia que causa dependência. Essa percepção provoca certos sentimentos em relação aos prejuízos na sua saúde, na vida familiar, no trabalho ou na própria moral. Os depoimentos sobre as perdas familiares, as separações demonstram que a família é algo especial e que foi perdida ou está sofrendo. Quanto às perdas materiais está bem evidenciado como seu patrimônio, seu trabalho, sua moral está arruinada, ou seja, é a destruição causada pela droga. A importância da conscientização dos prejuízos a sua saúde é que muitas doenças podem estacionar ou retroceder quando cessar seu uso. Assim, como as perdas familiares, materiais e sociais foram também relatadas à comparação entre o que o sujeito teve e perdeu. No entanto, isto pode se tornar um estímulo para o usuário continuar seu tratamento, bem como valorizar a abstinência. Entretanto, apesar dos inúmeros prejuízos causados pelo abuso de drogas, os indivíduos relatam que é difícil interromper o seu uso, pois o desejo de consumir a substância é muito forte. Pelas reflexões nesta pesquisa foi constatado que os usuários de substâncias psicoativas percebem sua participação no grupo de apoio, como espaço em que podem conversar, com pessoas que lhe entendem, onde podem trocar experiências, idéias, de se apoiarem. Dessa forma, sente-se mais fortalecidos em seguir seu tratamento. Apontamos o Grupo de Apoio como ferramenta efetiva nesse processo da manutenção do tratamento e sua inserção social num processo de abstinência, resultando assim uma melhora em sua qualidade de vida, que reflete não apenas no indivíduo em si, mas também em seus familiares, amigos, no trabalho e na sociedade em geral. Seu valor é reconhecido pelos freqüentadores, atribuindo ao grupo de apoio como sendo um importante suporte para manterem-se em abstinência, espaço para o diálogo, aprendizado e atribuindo a ele como responsável pelas vitórias conseguidas na luta contra o consumo de drogas. Também, por ser uma atividade grupal tem um baixo custo financeiro e, ainda, por ser uma forma

de educação em saúde, pois educar para a saúde é ajudar o indivíduo na busca da compreensão das situações e problemas de saúde, assim como as de suas soluções. Sendo pautado no diálogo, um intercâmbio entre o conhecimento científico e o saber popular, valorizando cada um deles, como forma de ensinar e aprender, numa construção coletiva.

Referências

1. Lambert M S. **Drogas, mitos e realidade.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

2. Seibel AS, Toscano Jr A. **Dependências de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

3. Kosovski E. Drogas, alcoolismo e tabagismo. Rio de Janeiro: Biologia e saúde, 1998.

4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

5. Vasconcelos EM. Educação popular nos serviços de saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

86 REFLETINDO SOBRE O PRAZER E O SOFRIMENTO NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

SILVEIRA, Daiany Saldanha da
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do grupo de pesquisa Saúde, trabalho, educação e enfermagem)

BECK, Carmem Lúcia Colomé
(Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professor Associado II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Vice-líder do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM)

MACHADO, Letícia Martins
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Docente do Curso Técnico de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, Santa Maria)

SILVA, Clarissa Bohrer da
(Acadêmica do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM)

MACHADO, Cynthia Helena Ferreira
(Acadêmica do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. Bolsista PIBIC 2010/2011)

DISSEN, Caliandra Marta
(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. Bolsista FAPERGS)

Descritores: Enfermagem do trabalho; Saúde do trabalhador

Introdução: No contexto atual do trabalhador de enfermagem, é comum perceber o aumento da jornada de trabalho como alternativa para complementar a renda deste profissional, e muitas vezes isso se deve também à escassez de recursos humanos o que favorece e acaba resultando na sobrecarga de trabalho acompanhada pela precariedade de materiais e condições de trabalho inadequadas, que em muitos locais estão associadas à desvalorização profissional, fazendo com que este trabalhador tenha aumentado os seus riscos de adoecer psiquicamente e por conseqüência ter ameaçada sua qualidade de vida. Neste sentido, a subjetividade do sujeito se destaca no ambiente de trabalho, sendo o processo de trabalho o canal por meio do qual os trabalhadores expressam suas preocupações e receios e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, dando sentido e significado não só para o labor, mas também para a vida. Nesta perspectiva, é impossível separar o trabalho da produção de subjetividades e o modo de trabalhar dos modos de sentir.[1] Sendo assim, o prazer no trabalho e a satisfação pessoal vinculam-se às possibilidades de ser criativo, de ter liberdade para inovar e de participar ativamente nas decisões e, ainda, de ter reconhecida e valorizada sua prática profissional.[2] Compreende-se que a origem do sofrimento está na relação do homem com a organização do trabalho, destacando que se deve levar em consideração que o organismo do trabalhador não é “motor humano”, pois, constantemente, é influenciado interna e externamente. O trabalhador não chega ao local de trabalho como uma máquina nova, ele tem uma história, aspirações, desejos, motivações, necessidades psicológicas, e outros; fazendo com que cada

trabalhador tenha características únicas e pessoais,[3] as quais devem ser valorizadas e respeitadas. Esse tema de reflexão é justificado pelo fato deste assunto ser estudado no grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM, e tem como objetivo contribuir para a discussão social no que se refere ao prazer e sofrimento no trabalho de enfermagem. **Metodologia**: Primeiramente buscou-se uma aproximação maior com o tema e entender em que consiste o prazer e o sofrimento no trabalho da enfermagem, ou seja, o que esta abordagem significa para estes profissionais, bem como a relatividade do assunto nas diversas realidades de trabalho. Isso se fez por meio da busca de textos científicos que se relacionassem com o tema desejado. Após leitura exaustiva do material encontrado foi possível refletir e ter ainda mais propriedade do objeto de estudo a ponto de fazer considerações essenciais e então discorrer sobre a temática, procurando contribuir para outras reflexões, enriquecendo cada vez este núcleo do conhecimento subjetivo. **Resultados e Discussão:** As lutas marcam a eclosão de temas novos, dentre eles, um olhar diferenciado para a vida do trabalhador. De um lado a luta pela sobrevivência, ou seja, a duração do trabalho, a saúde do corpo, as condições de trabalho (ambiente físico, químico e biológico, condições de higiene e segurança). De outro, a luta contra o sofrimento mental oriundo de aspectos como a organização/divisão do trabalho, os conteúdos das tarefas, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidades.[4] Nesse contexto, o fato de não conseguir identificar fontes de prazer e sofrimento no trabalho pode estar relacionado ao próprio processo de trabalho da enfermagem.[6] O trabalhador de enfermagem convive diariamente com situações que geram sofrimento, inerente ao seu papel, como enfrentar situações de dor e morte, bem como relações de poder existentes, questões de responsabilidade, na habilidade para cuidar de pacientes graves, que estabelecem limites ou possibilidades diversas dos demais e também o relacionamento interpessoal.[4] Entende-se que os trabalhadores de enfermagem, dependendo do contexto pessoal e profissional que experenciam podem identificar, mais facilmente, o sofrimento ao invés do prazer. No entanto, é necessário que este trabalhador visualize a satisfação e o prazer no trabalho visto que esse fator está diretamente relacionado com a qualidade da assistência prestada[6.] Desta maneira**,** em certas condições, o resultado da relação do homem com o trabalho é o sofrimento que se pode dever ao choque entre a personalidade do indivíduo, o seu projeto individual, e a prescrição imposta pela organização do trabalho que não tem em consideração essa subjetividade.[5] Por outro lado, se a relação do homem com a organização das atividades é favorável, o trabalho também pode ser fonte de prazer e satisfação. Para que o trabalhador sinta esse prazer no trabalho é necessário que as exigências das atividades correspondam às necessidades do sujeito ou que este possa expressar a sua subjetividade, participando da escolha do ritmo de trabalho e modificando a sua organização de acordo com a própria vontade[5.] É importante destacar que trabalhar não é apenas efetuar atividades produtivas, engloba também a convivência e a subjetividade.[5] Diante do exposto, se faz mister que os profissionais de enfermagem entendam que o sofrimento e o prazer são sentimentos dialéticos no trabalho e sua compreensão é de grande relevância para a promoção da saúde dos trabalhadores e para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Identificar os fatores causadores de prazer e sofrimento pode ser o ponto de partida para que as organizações e os próprios trabalhadores impulsionem o labor em um sentido mais prazeroso e colaborativo e, consequentemente, mais humano para si mesmo. Pode-se, assim, evitar doenças quer sejam físicas ou psíquicas, relacionadas ao sofrimento no trabalho[5]. **Considerações Finais**: Através das reflexões feitas, foi possível compreender que a relação prazer-sofrimento no trabalho de enfermagem é algo que deve ser mais amplamente discutido nos ambientes acadêmicos e de trabalho. Isto proporcionaria aos profissionais já atuantes e aos que se preparam para o exercício da profissão, subsídios para discutiram e buscarem condições de trabalho que não lhes façam sofrer, que sejam prazerosas e satisfatórias. Tendo em vista que o trabalho, além

de uma forma de subsistência, representa fonte de realização pessoal e profissional, a enfermagem deve engajar-se cada vez mais na busca por estratégias que proporcionem vivenciá-lo com prazer, de maneira a expressar sua subjetividade, resultando em qualidade do serviço e redução nos índices de adoecimento dos profissionais.

Referências

1. Mancebo, D. Trabalho Docente: Subjetividade, sobre implicação e prazer. Psicologia Reflexiva Critica V.20,N.1.2007. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

2. Guido, L.A. Stress, Coping entre Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica. 2003.112p. Tese (Doutorado) – Universidade De São Paulo, 2003.
3. Dejours, C. A Carga Psíquica do Trabalho. In: Dejours, C; Abdoucheli, E; Jayet, C. Psicodinâmica Do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da relação prazer, Sofrimento E Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994, P 21-32.

4. Dejours. C. (1992). A Loucura no Trabalho: Estudo de Trabalho. 5ª Ed. Ampliada São Paulo: Cortez.

5. Martins, JT; Robazzi, MLCC; Bodroff, MCC. Prazer e Sofrimento no Trabalho da Equipe de Enfermagem: Reflexão À Luz da Psicodinâmica Dejouriana. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(4):1107-11.

6. Lopes, Denise Maria Quatrin. Prazer, Sofrimento e Estratégias Defensivas dos Agentes Comunitários de Saúde no Trabalho. Orientadora Carmem Lúcia Colomé Beck. – Santa Maria, RS: 2010.110p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, 2010.

87 PREPARO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA HEMATO-ONCOLOGIA: QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA E SEGURANÇA AO PACIENTE.

BELTRAME, Marlize Tatsch
(Enfermeira Especialista em Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem Enfermeira do Centro de Transplante de Medula Óssea do HUSM
Email: m-beltrame@bol.com.br)

Descritores: Cuidado de Saúde; Medicamentos; Segurança.

I**ntrodução**: Na Enfermagem a farmacologia é área de expressivo domínio técnico-científico, uma vez que envolve habilidades manuais no preparo de medicação e conhecimento científico para administração segura e de qualidade no paciente. No Brasil a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) é o órgão responsável em garantir a legalização e normatização do uso de drogas A administração de medicamento é umas das atribuições de maior responsabilidade do enfermeiro, possuindo aspectos científicos, técnicos, legais e éticos de impacto que devem ser observado pelo profissional. Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem. É fundamental que o enfermeiro juntamente com a sua equipe esteja atualizado sobre tais informações, no cumprimento de suas atividades e de prescrições médicas. Assim este estudo buscou responder à equipe de enfermagem questionamentos acerca de aspectos do preparo e administração de medicamentos prescritos usados no CTMO (Centro de Transplante de Medula Óssea) do HUSM (Hospital Universitário de Santa Maria), relacionados à ação, diluição, tempo de administração, estabilidade, nome genérico e comercial dos medicamentos. Neste setor hospitalar ocorre o uso de vários medicamentos de grupos distintos, visando prevenir e tratar complicações decorrentes da doença e da terapia, envolvendo medicação complexa e de ponta. São utilizados medicamentos antimicrobianos, antifúngicos, antieméticos, analgésicos, anticorpos monoclonais quiméricos, entre outros, na maioria das vezes prescrita de modo simultâneo, podendo causar interações medicamentosas e potencialização de efeitos colaterais caso não se observem determinados cuidados. Assim acrescentou-se ao estudo o aspecto relacionado à interação medicamentosa, pois o uso concomitante de medicamentos pode potencializar a toxidade dos agentes, acarretarem ineficácia terapêutica e causarem reações adversas com diferentes graus de gravidade, ampliando o tempo de hospitalização e pondo em risco a vida do paciente. Buscou-se também proporcionar maior conforto e menor risco de complicações ao paciente, onde a nefrotoxicidade e hepatotoxicidade são os principais efeitos colaterais. Para tanto no processo da administração de medicamentos prescritos executam-se ações que incluem estabelecimento dos horários com intuito de evitar complicações relacionadas à via e toxicidade combinada de medicamentos potencialmente interativos, bem como conservação, dose, diluição e tempo de infusão. As interações medicamentosas relacionadas às falhas no planejamento assistencial de enfermagem, especialmente relacionadas ao aprazamento, constituem ocorrências adversas que potencializam a toxicidade dos medicamentos. Na prática diária observa-se, que as associações de diferentes medicamentos administrados em um mesmo horário, ou numa única viam endovenosa são atividades corriqueiras incorporadas a uma prática nem sempre pautadas em fundamentos teóricos consistentes. Para oferecer uma assistência segura ao paciente deve ser focalizada a atenção na administração da medicação por ser uma forma mais comum de intervenção no cuidado a saúde e a causa mais comum de eventos adversos, sendo maior parte deles evitáveis. Assim o presente trabalho é fruto da busca constante de maior segurança, conhecimento, habilidade e qualidade na administração de medicação e consiste num instrumento acerca do cuidado de

enfermagem no processo de trabalho em saúde. Devido ao grande número de medicamentos disponíveis e a grande quantidade de informações necessárias para a administração adequada, é importante ter acesso a uma referência atualizada de medicamentos. É imprescindível, portanto, que a enfermagem possua visão ampliada do sistema de medicação e de cada um dos seus processos, procurando garantias de segurança e qualidade ao processo que está sob sua responsabilidade. Tenha conhecimento sobre os medicamentos, interações medicamentosas etc., contribuindo para que a terapêutica medicamentosa seja cumprida de maneira eficiente, responsável e segura. **Objetivo Geral:** Desenvolver um estudo documental que possa servir como suporte científico na administração em via endovenosa dos principais medicamentos usados no CTMO/HUSM, minimizando riscos e dúvidas. Objetivos específicos: Proporcionar maior agilidade no trabalho e segurança ao paciente pela padronização na administração dos medicamentos. Ampliar o conhecimento técnico e científico sobre medicamentos usados por via endovenosa. Facilitar aos profissionais do CTMO o acesso às informações relevantes sobre os medicamentos utilizados no CTMO. Disponibilizar um meio de consulta rápido sobre medicamentos aos profissionais do CTMO. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo documental através da coleta de informações sobre o processo do preparo e administração de medicamentos. O campo de estudo foi realizado no CTMO/ HUSM. A amostra foram os medicamentos usados no CTMO, compostos por agentes de várias classes terapêuticas. Alguns dos medicamentos estudados: Anfoterecina B lipídica, ciclosporina, decitabina, filgrastima, rituximab, vancomicina, entre outros. No método de coleta e análise de dados foram utilizados os folhetos informativos que acompanham as medicações (bulas) fornecidas pela farmácia do HUSM, nas quais foi efetuada a leitura e destaque dos aspectos relativos às possíveis respostas aos objetivos do trabalho, arquivadas para posterior comprovação das informações. Estas informações foram descritas em forma de tabelas através da análise dos folhetos informativos que acompanham a medicações e disponibilizadas aos profissionais. Este estudo iniciou no ano de 1997, no CTMO e constantemente está sendo revisto. Em 2010 fez-se necessário a revisão com introdução de novos itens, como a interação medicamentosa. Os **Resultados** deste estudo resultaram em uma tabela contendo informações sobre medicações considerando o nome genérico e comercial, ação, diluição e estabilidade, interação, efeitos colaterais e cuidados de enfermagem. Este trabalho resultou, portanto em material de pesquisa de campo disponível aos profissionais na busca de assistência segura ao paciente. O estudo também serviu para a padronização na administração das medicações do CTMO/HUSM, sendo realizada a padronização dos horários durante o aprazamento das medicações para evitar a interação medicamentos. **Principais Conclusões** do estudo revelam a importância da capacitação e do aprimoramento do enfermeiro, pois administração de medicamentos é uma das atividades mais sérias e de maiores responsabilidades da enfermagem. Eventos adversos, muitos totalmente previsíveis, no meio hospitalar são mais freqüentes do que se imagina podendo causar danos ao paciente. O uso destas informações ajudam a assegurar a integralidade do paciente, garantindo a qualidade e a segurança na assistência de enfermagem prestada. Desta maneira é um sistema seguro e restaurado das ações de saúde, garantindo a qualidade e a segurança na assistência prestada ao paciente. Tendo em vista esses aspectos conclui-se que a segurança na administração de medicamentos, aumentando a segurança do paciente, deve ser busca constante do profissional de enfermagem.

Referências

1. ANVISA. Agencia Nacional de vigilância Sanitária. Bulario Eletrônico. Disponível em: http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/default.asp. Acesso em 26 março, 2011.

2. GIMENES, F.R.E. et al. Influencia da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. Acta paul. enferm., São Paulo, vol.22, n.4, 2009.

3. FONSECA, R.B.: SECOLI, S.R. Medicamentos utilizados em transplante de medula óssea: um estudo sobre combinações dos antimicrobianos potencialmente interativos. Ver. esc. enferm. USP, 2008.

88 COMPARAÇÃO DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA DO MIDAZOLAM INTRAMUSCULAR *VERSUS* DIAZEPAM ENDOVENOSO PARA CONVULSÃO EM EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

PORTELA, Janete de Lourdes
(Enfermeira do Pronto Socorro Pediátrico do HUSM, Mestranda em Pediatria e Saúde da Criança/ PUCRS E-mail: jlp.sm@hotmail.com)

PIVA, Jefferson Pedro
(Doutor, Professor e Orientador do Mestrado em Pediatria e Saúde da Criança/PUCRS)

Descritores: Convulsões; Emergências; Pediatria; Medicamentos

Introdução: O Estado de Mal Epiléptico (EME) é uma emergência médica caracterizada por crise convulsiva prolongada ou crise recorrente sem recuperação completa da consciência por 30 minutos ou mais. Representa a manifestação neurológica mais freqüente nos departamentos de emergência, correspondendo a cerca de 1-5% dos atendimentos. Alem de freqüente tem uma mortalidade de até 11% e morbidade em torno de 50%, com grande impacto nos sistemas de saúde Aproximadamente 80% das crises agudas em crianças cessam antes do atendimento hospitalar, não necessitando qualquer tratamento com anticonvulsivantes no serviço de emergência. Por outro lado, grande parte dos episódios que apresentam duração maior que 5 minutos persistirão por mais de 20-30 minutos, pode implicar em riscos de lesão não só do sistema nervoso central (SNC) como também sistêmico. Em crianças o EME é considerado uma situação potencialmente fatal, constituindo-se e uma emergência e que quanto mais duradoura for à convulsão mais difícil será o manejo, portanto maior será a morbi/mortalidade. Quanto mais duradoura a crise que o paciente apresentar, maiores serão os riscos de seqüelas neurológicas e complicações sistêmica e maior será a chance de a crise se tornar refratária. Dados recentes demonstraram que se deve iniciar com terapia agressiva antes que uma cascata de disfunções neuroquímicas se instale. Vários autores têm recomendado que esse tratamento deve ser iniciado após cinco a dez minutos de atividade epiléptica contínua. Os benzodiazepínicos, Diazepam endovenoso (EV) e Midazolam intramuscular (IM), permanecem as drogas de primeira linha recomendados para a rescisão imediata de crises convulsivas em emergência pediátrica por serem drogas potentes e com rápido início de ação. O Diazepam EV leva em torno de 2-3 minutos para cessar a crise e o Midazolam IM em torno de 4-10 minutos. Em nosso meio o método preferencial para o tratamento de crise convulsiva é o Diazepam EV, mas sabe-se que o insucesso nas punções venosas leva a demora na administração do anticonvulsivante aumentando o risco de morbi/mortalidade, e elevando os custos para a saúde. Portanto, considera-se importante a realização deste estudo, pela possibilidade de mudança de rotina, incluindo o Midazolam IM, que é rápido e fácil de aplicar, cessando a crise em poucos minutos, em especial para os pacientes com difícil visualização da rede venosa ou que houve insucesso na punção. Existem poucos estudos e muitas divergências sobre qual é o melhor medicamento usado em emergência pediátrica para crise convulsiva, sendo importantes mais estudos que auxiliem no esclarecimento destas dúvidas. **Objetivo Geral:** Avaliar a eficácia terapêutica da administração de Midazolam IM e do Diazepam EV em crianças com crise convulsiva. **Objetivos Específicos:** Registrar e comparar o tempo transcorrido entre admissão da criança preparo e administração de cada medicamento; Registrar o tempo necessário para ceder à crise convulsiva após administração de cada uma das medicações; Comparar os tempos para início de tratamento e o tempo total até o cessar da crise com os dois grupos de medicamentos; Identificar possíveis reações adversas e/ou

efeitos colaterais das medicações. **Metodologia:** Estudo Clínico Randomizado, que esta sendo realizado na Emergência Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) desde setembro/2010 a agosto/2011. Este projeto teve aprovação do Comitê de Ética da UFSM. Os pais ou responsável pela criança são esclarecidos sobre o projeto e convidados a assinar o TCLE após estabilização da mesma. **Critérios de Inclusão**: crianças entre 2 meses a 14 anos e 6 meses que chegarem convulsionando na emergência do PS-Ped do HUSM; que tenham indicada a prescrição de anticonvulsivante para cessar a crise pelo médico assistente; uma mesma criança pode entrar até uma segunda vez no estudo; que os país ou responsáveis após devidamente esclarecidos, concordem com a inclusão da criança no estudo. **Critérios de Exclusão**: crianças menores de 2 meses; crianças que participaram do estudo e que convulsionam novamente enquanto estão internadas na sala de observação; crianças admitidas com algum tipo de acesso venoso; crianças alérgicas ao Midazolam ou Diazepam; pacientes com coagulopatia, disfunção hepática ou renal conhecida. **Intervenção:** Os pacientes com crise convulsiva são admitidos na Sala de Emergência e selecionados de forma consecutiva e alocados de modo aleatórios para receber Diazepam EV ou Midazolam IM. A randomização será realizada em blocos de dez (sendo alocados cinco pacientes para cada grupo). Os dez números serão colocados em um envelope opaco que permanece na sala de emergência. Ao ser identificado o paciente para entrar no estudo a enfermeira responsável pelo preparo da medicação realiza o sorteio, informa o médico responsável pelo atendimento e prepara a medicação de acordo com as doses predefinidas. A solução de midazolam IM será administrada na dose de 0,5 mg/Kg até a dose máxima de 15 mg (3 ml; para pacientes com peso $\geq$ 30kg); enquanto que o Diazepam EV será administrado na dose de 0,5 mg/kg até um máximo de 10 mg (2ml; para pacientes com peso $\geq$ 40 kg). A partir dessa intervenção se a crise convulsiva não ceder o estudo será aberto e o médico plantonista assumira a condução do caso, implementando a rotina do serviço para crises convulsivas resistentes e as medidas terapêuticas que julgar mais apropriada. A Equipe médica e de enfermagem foi treinada para seguir o protocolo deste projeto pela autora do mesmo. **Análise Estatística**: Em um levantamento prévio avaliando o ano de 2009, foi observado, que 90 crianças foram atendidas na emergência com crise convulsiva. Assumindo que no ano de 2010/2011 esse número de atendimentos mantenha-se estável e havendo uma perda de 10% por diversos motivos, estimamos uma população para este estudo em torno de 80 crianças, sendo alocadas 40 crianças para cada grupo. As variáveis quantitativas contínuas serão expressas através de média, mediana e desvio-padrão. As variáveis categóricas serão expressas em percentagem ou sob forma descritiva. Os grupos serão comparados entre si, utilizando o teste T de Student para estudo de variáveis contínuas e o teste do Qui-quadrado ou teste exato de Fisher para variáveis categóricas. O nível de significância adotado será o valor de $p<0,05$. **Resultados Previstos: Desfecho Primário:** tempo entre admissão e administração do medicamento; tempo para ceder à crise convulsiva depois de medicado; comparar o tempo total entre início do tratamento e cassação da crise. **Desfecho Secundário:** falhas terapêuticas: necessidade de outro anticonvulsivante ou dose extra; insucesso na punção; reações e efeitos colaterais.

Referências

1. COMMISSION ON EPIDEMIOLOGY AND PROGNOSIS: International League Against Epilepsy (ILAE). Guidelines for epidemiological studies on epilepsy. **Epilepsia.** 1993, 34:592-96.

2. PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R. **Medicina Intensiva em Pediatria.** Ed Revinter ltda. Rio de Janeiro-RS, 2005, p.545- 61.

3. GALDAMES CD; CARRASCO PE; AGUILERA OL, et al. Intramuscular midazolam in the initial treatment of status epilepticus. **Rev Neurol**. 2006, 42:332-5.

4. MUCHOHI SN; KOKWARO GO; OGUTU BR, et al. Pharmacokinetics and clinical efficacy of midazolam in children with severe malaria an convulsions. **Br J Clin Pharmacol.** 2008, 66:529-38.

5. BABI FE; SHERIFF N; BORLAND M, et al. Emergency management of paediatric status epilepticus in Austrália and New Zealand: practice patterns in the contexto f clinical practice guidelines. **J Paediatr Child Health** 2009, 45:541-6.

89 SÍNDROME DE BURNOUT: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

KLEINÜBING, Raquel Einloft
(Enfermeira. Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*. Email: raquel_e_k@hotmail.com)

SILVA, Rodrigo Marques da
(Acadêmico do Curso de Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*)

BENETTI, Eliane Raquel Rieth
(Enfermeira do Hospital Unimed Noroeste/RS, Especialista em Urgência, Emergência e Trauma e em Nefrologia Interdisciplinar. Mestranda em Enfermagem PPGEnf/UFSM. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*)

STUMM, Eniva Miladi Fernandes
(Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela UNIFESP, Mestre em Administração, Docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul)

Descritores: Enfermagem; Burnout; Saúde do Trabalhador.

Introdução: a Síndrome de Burnout (SB) constitui uma problemática internacional, sem pertencer a uma realidade social, cultural ou educacional específica. Ela afeta o bem estar físico e emocional do trabalhador, compromete negativamente os resultados do trabalho e interfere no grupo social em que ele se insere. No ambiente institucional, observa-se a diminuição da produção, bem como da qualidade do trabalho executado, além de aumento nas taxas de absenteísmo e rotatividade, tendo como resultado o comprometimento da imagem da instituição e inclusive prejuízos financeiros. Trata-se de um fenômeno de caráter psicossocial, que envolve exposição prolongada a estressores interpessoais crônicos decorrentes do ambiente laboral, caracterizada por três dimensões: Exaustão Emocional, que se caracteriza por um sentimento de esgotamento e falta de energia, sobrecarga física e emocional na qual o indivíduo sente-se esgotado e desmotivado; Despersonalização, que constitui o aparecimento da insensibilidade emocional por parte do trabalhador, ocorre o cinismo e a dissimulação afetiva; e Baixa Realização Profissional no ambiente de trabalho, que se refere à sensação de incompetência, falta de realização e produtividade no trabalho. **Objetivos:** analisar a produção científica sobre Síndrome de Burnout na Base de Dados MEDLINE. **Metodologia**: trata-se de uma revisão sistemática e descritiva. A busca dos dados foi realizada na "Literatura Internacional em Ciências da Saúde" (MEDLINE), na base que contém publicações do ano 1997 a 2010. Para a coleta de dados, buscaram-se publicações que abordassem como tema principal a Síndrome de Burnout. A busca foi realizada no período de janeiro a março de 2010, com o descritor de assunto "Burnout", indexado ao DECS (Descritores de Ciências da Saúde), e a sigla MBI, no campo palavras, referente ao instrumento de mensuração da Síndrome de Burnout, denominado Maslach Burnout Inventory. Utilizou-se a conjunção "AND" entre o campo descritor de assunto e o campo palavras, ambos digitados no formulário avançado da referida base de dados. Utilizaram-se como critérios de inclusão: produções que contivessem resumos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, de abordagem quantitativa, publicadas no período de 1997 a 2010. Excluíram-se estudos com animais, de abordagem qualitativa ou quanti-qualitativa, que não usaram o Maslach Burnout Inventory como instrumento e que não trabalharam diretamente com a Síndrome de Burnout. De posse dos dados, elaborou-se um quadro sinóptico a fim de avaliar a classificação das produções,

sujeitos pesquisados, disponibilidade das produções e instrumento(s) utilizado(s) em cada estudo. Posteriormente, os resumos das publicações foram analisados e quantificados conforme os aspectos supracitados, por meio de estatística simples. Os resultados numéricos foram agrupados e apresentados em escala de freqüência e percentual. **Resultados:** foram encontradas 162 produções, das quais 38 foram excluídas de acordo com os critérios estabelecidos e, assim, 124 produções constituíram a amostra do estudo. Destas, 100% das publicações eram artigos. Isso revela a preocupação e interesse em produzir conhecimento sobre Síndrome de Burnout e indica a relevância do assunto. A insatisfação com o ambiente físico, com o cargo exercido e o sentimento de ausência de autonomia perante a tomada de decisões pode provocar desgaste emocional no trabalhador e determinar, se nenhuma intervenção for efetuada, o desenvolvimento da SB. Dentre as publicações consideradas, 72% foram escritas no idioma inglês e 10% em espanhol, o que reforça a preocupação com as produções brasileiras sobre o tema. Esse dado ressalta que os pesquisadores brasileiros necessitam investir em publicar mais sobre Burnout. Carlotto e Câmara (2008 a) afirmam que apesar da longa tradição que a América do Norte e Europa possuem por publicar pesquisas a respeito do Burnout, no Brasil a produção científica sobre a SB ainda é incipiente. A metade dos resumos possuía sua disponibilidade controlada e 27% não estavam disponíveis on-line. Isso dificulta o acesso às informações para conhecimento próprio dos pesquisadores e para elaboração de trabalhos como este. Além disso, cria obstáculos na propagação do conhecimento, o que é abordado por Souza (2006) quando menciona que existe a necessidade emergente do enfermeiro atualizar seus conhecimentos técnico-científicos e que isso trará reflexos positivos na sua atuação profissional, pela incorporação de novos saberes. Esses, se transmitidos aos demais integrantes da equipe de enfermagem, podem beneficiar todos os envolvidos na prática do cuidar. O público-alvo mais freqüente foi composto por médicos (21%), seguido de enfermeiros e trabalhadores da área da saúde em geral (9,6%). Esses dados mostram a importância da abordagem do Burnout entre profissionais de saúde, pois a referida síndrome nesses trabalhadores tem sido justificada devido ao contato freqüente com outras pessoas (equipe de saúde e pacientes). Isso pode representar uma resposta ao estresse emocional crônico, proveniente dessa rotina de tensões, com desencadeamento de sintomas de origem somática, comportamental e psicológica. O percentual elevado de estudos com médicos apresenta-se devido à rotina médica, que é apontada como estressante e potencial causadora da SB. O instrumento de pesquisa mais utilizado (41,7%) foi o Maslach Burnout Inventory (MBI), para avaliar a síndrome sem considerar outros elementos, como as conseqüências desencadeadas pela mesma. O General Health Questionnaire (GHQ), um questionário de auto-resposta utilizado para avaliar condições como as perturbações psiquiátricas e psicóticas, apresentou-se em 16 resumos. Destaca-se que uma publicação não descreveu o instrumento utilizado. As fontes de publicação de maior freqüência foram a *Psychooncology, European Journal of Oral Sciences e a* Revista *Atencion Primaria,* todas com 3,8% do total. **Conclusões:** a produção de estudos que envolvam revisão sistemática permite a análise do estado atual do conhecimento sobre determinado tema, ou seja, o estado da arte. Assim, nesta revisão observa-se que os médicos são o público-alvo de maior incidência nos estudos sobre a Síndrome de Burnout. O Maslach Burnout Inventory (MBI) tem sido o instrumento de pesquisa mais utilizado, seguido pelo General Health Questionnaire (GHQ). Observa-se também que as publicações brasileiras sobre SB são reduzidas perante os países da América do Norte e Europa. Dessa forma, esses dados fornecem subsídios para pesquisadores atuantes na área no intuito de promover pesquisas sobre o tema e ampliar os conhecimentos produzidos por meio de estudos brasileiros. Essas informações proporcionam uma visão ampliada sobre a produção científica que envolve a Síndrome de Burnout e pode contribuir na realização de mais estudos que envolvam a referida temática.

Referências

CARLOTTO, M. S; CÂMARA, S. G. Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. **PSICO**, v. 39, n.2, p.152-158, 2008.

CARLOTTO, M. S; PALAZZO, L. S. Síndrome de Burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores**. Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.5, p.1017-1026, 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. v.1, n.1, p.56-68, 2003.

RIBEIRO, J. L. P; ANTUNES, S. Contribuição para o estudo de adaptação do Questionário de Saúde Geral de 28 itens (General Health Questionnaire-GHQ28). **Revista Brasileira de Psicossomática,** v.5, n.1, p.37-45, 2003.

SOUSA, V. D; DRIESSNACK, M.; SANTO, M. F. Como escrever o resumo de um artigo para publicação**. Acta Paulista de Enfermagem,** v. 19, n. 3, p. 5-8, 2006.

90 ATENDIMENTO A ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL EM CENTRO OBSTÉTRICO

CORDEIRO, Franciele Roberta
(Acadêmica do 8° Semestre da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Saúde. Integrante do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: francieleroberta1@hotmail.com)

GINDRI, Mariza
(Enfermeira do Centro Obstétrico do Hospital universitário de Santa Maria)

BEUTER, Margrid
(Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

PREDEBON, Greice Roberta
(Enfermeira. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

ROSO, Camila Castro
(Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista CAPES. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher; Violência Sexual

Introdução: O abuso sexual caracteriza-se como uma condição de abuso de uma pessoa sobre outra. Nessa relação, o agressor possui desenvolvimento psíquico ou físico maior que o de sua vitimada, o que torna comum a presença de outros artifícios de manifestação desse domínio, como ameaça ou chantagem e as agressões (LIMA & ALBERTO, 2010). O abuso pode acontecer em qualquer espaço de vivência do adolescente, o que se percebe em relação ao perfil dos abusadores é caracterizarem-se como adultos com certo grau de proximidade do adolescente. Em uma sociedade com princípios norteada por preceitos adultocêntricos, é reforçada a idéia do autoritarismo dos adultos o que amplifica o poder de dominação e ameaças do abusador em relação à vítima, impondo medo a esta, garantindo a permanência do silêncio em relação às situações de violência (SILVA, 2006). Dessa maneira, o abuso sexual configura-se em dois cenários relevantes, um no contexto intrafamiliar e o outro nos centros de convivência, casas de abrigo, ou mesmo nas situações de abandono nas ruas. Essas situações apresentam-se como condições de vulnerabilidade social, econômica e cultural que determinam a ocorrência e o tipo de violência e abuso sofrido pelos adolescentes. Frente à relevância e crescimento progressivo dessa problemática, o Ministério da Saúde, em 1999, através da Secretaria de Políticas de Saúde, normatizou a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Em 2001, o Ministério da Justiça, pela Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, traçou um Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil (MARTINS & JORGE, 2010). Os profissionais de saúde têm dificuldades de trabalhar questões percebidas como morais, culturais, sociais e psicológicas. Ao deparar-se com casos de abuso sexual o profissional entra em contato com aspectos de sua própria existência, sua sexualidade, sua personalidade, que despertam lembranças e sentimentos em relação à situação de violência. Desse modo, tais reações interferem no modo como o profissional age diante da problemática (SILVA, 2006). **Objetivo:** Este trabalho tem por objetivo relatar como ocorre o atendimento a adolescentes vítimas de abuso sexual em um Centro Obstétrico

(CO), a partir de vivências acadêmicas. **Metodologia**: Foram realizadas vivências acadêmicas no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) durante o mês de janeiro de 2011, perfazendo um total de 120 horas. A inserção no serviço se deu a partir do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN), vinculado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). As atividades realizadas na unidade foram relativas ao profissional enfermeiro, sempre sob a supervisão desse profissional e a orientação de um docente. **Resultados:** Dentre as situações vivenciadas, o atendimento a adolescentes vítimas de abuso sexual, gestantes, é uma situação conflitante, a qual repercute na assistência a esse grupo. Inicialmente discute-se a temática relacionada ao aborto. Estas pacientes possuem o direito de realizá-lo, porém muitas vezes esta informção é omitida, ou quando solicitado, inúmeros são os entraves burocráticos que impedem a sua realização, gerando angústias e maiores conflitos para estas adolescentes que acabam convivendo com um sentimento de dor, pesar e de trauma devido à situação de violência a que foram expostas. Apesar do aborto ser um direito nesta situação, na prática percebe-se que isso não ocorre. “Esse tipo de abortamento é considerado sentimental, humanístico ou ético. O aborto pós-estupro é um direito previsto em lei e não está condicionado a decisão judicial ou a apresentação de boletim de ocorrência policial” (BRASIL, 2005). Outro aspecto observado é a dificuldade da equipe médica e da enfermagem abordar este assunto com as vítimas. Pode-se notar que os assuntos relacionados à sexualidade, são mantidos como tabu e pouco abordados pelas equipes de saúde. Nos casos de abuso sexual com menores, muitas vezes a equipe tem receio em reviver na adolescente todos os sentimentos de dor e os momentos que foram passados durante os episódios de violência. O conhecimento dos detalhes do abuso, bem como, a disponibilização de um espaço de diálogo, escuta e de apoio, contribui com a quebra do pacto do silêncio que se instala nos casos de abuso sexual. É importante que as vítimas tomem ciência dos riscos a que estão expostas, bem como as instituições que podem auxiliá-las na superação desse tipo de violência. Além disso, é relevante que as instituições de saúde contribuam com a prevenção desse tipo de violência e promovam campanhas que estimulem a denúncia dos casos de abuso sexual de adolescentes e crianças. A partir de tal perspectiva, reportam-se as adolescentes que moram em casas de abrigo que não dispõe de ambiente familiar configurado, e que estão em situação de vulnerabilidade emocional, física e psicológica. Nesses casos, o apoio da equipe multiprofissional de saúde torna-se ainda mais imprescindível, visto a situação de abandono e de risco em que se encontram tais adolescentes. Independentemente do contexto, a equipe tem papel primordial e decisivo no encaminhamento e desfecho dos casos de abuso sexual notificados. Dessa forma, percebeu-se, durante as vivências, que muitas vezes os profissionais tem dificuldade em perguntar sobre o abuso, ou ainda evitam falar sobre ele, acreditando que essa postura ajuda a vítima, quando na verdade tal atitude apenas contribui com a subnotificação de casos e a restrição ao atendimento de caráter emergencial, como, por exemplo, assistência a adolescente grávida pós-estupro ou ao exame de inspeção corporal pós-abuso, ficando o atendimento reduzido há uma série de procedimentos clínicos. O que se preconiza é que os profissionais de saúde proporcionem durante a entrevista ou anamnese com a adolescente, um ambiente acolhedor, que a entrevista seja realizada por profissional capacitado e, mais ainda, que este atue de forma sensível e observadora aos detalhes subjetivos escondidos atrás das falas e gestos da adolescente vítima de abuso. Esses profissionais devem estar dispostos a oferecer suporte e encorajá-las a descrever suas experiências (SANTOS & DELL’AGLIO, 2010). **Conclusões:** Conclui-se que abordar a temática relacionada ao abuso sexual de adolescentes e crianças é um assunto desconfortável para a maioria dos profissionais de saúde. Percebe-se que há um entrave no diálogo entre profissional e as adolescentes vítimas desse tipo de violência. Além disso, o atendimento está restrito a avaliação ginecológica e obstétrica dessas adolescentes, sendo pouco explorados aspectos psicológicos, emocionais e sociais

que estão por trás da violência. Essa situação pode ser justificada pela falta de preparo para trabalhar com situações de abuso sexual, pelas projeções e sentimentos despertados no profissional de saúde, principalmente ligados aos valores morais e éticos, além da falta de um psicólogo no centro obstétrico, que contribuiria de forma significativa nesses casos. Identificou-se que os profissionais, médicos e enfermeiros são os que diretamente atuam junto a essas adolescentes e que buscam, de certa forma, solucionar em parte os problemas levantados pelas vítimas. A possibilidade da integração ensino-serviço por meio das vivências possibilitaram a visão de um campo de atuação complexo, crescente e que exige muita sensibilidade, observação e capacidade de diálogo do profissional enfermeiro, para que possa contribuir com a redução dos danos, muitas vezes irreparáveis tanto para as vítimas quanto para suas famílias.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Aspectos jurídicos do atendimento às vítimas de violência sexual**: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília, 2005.

LIMA, J.A.; ALBERTO, M.F. As vivências maternas do abuso sexual intrafamiliar. **Estudos de Psicologia**, 15(2), Maio - Agosto/2010, 129-136.

MARTINS, C.B.G.; JORGE, M.H.P.M. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 246-55.

SANTOS, S.S.; DELL' AGLIO, D.D. Quando o silêncio é rompido: o processo de revelação e notificação de abuso sexual infantil. **Psicologia & Sociedade**; 22 (2): 328-335, 2010

SILVA, L.M.P. **Atendimento a crianças e adolescentes em situação de abuso sexual: o discurso dos profissionais de saúde**. Fortaleza: UFC/FFOE. Dissertação[Mestrado], 2006, 143 p.

91 O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE CIRURGICA: RELATO DE UMA VIVÊNCIA

CIELO, Cibele
(Graduanda de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: cibelecielo@yahoo.com.br)

MOSTARDEIRO, Sadja CristinaTassinari de Souza
(Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria(UFSM), Rio Grande do Sul, Brasil. Orientadora do trabalho)

Descritores: cuidado; enfermagem; cirúrgica.

Introdução: Ao término do quarto semestre (segundo semestre de 2010) do curso de enfermagem iniciou-se as vivências na Clinica Cirúrgica de um Hospital Universitário, do interior do Estado, com o propósito de acompanhar as atividades da equipe de enfermagem, em especial as tarefas desempenhadas pelo enfermeiro, principalmente no que tange as orientações do enfermeiro no período pré e pós-operatório. As vivências compreendem um programa de ensino e extensão que possibilita aos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria a inserção em múltiplos espaços de produção de saúde oportunizando a troca de experiências entre instituições de ensino.e serviços de saúde. **Objetivos:** relatar a vivência na Clínica Cirúrgica de num hospital universitário enquanto acadêmica do curso de enfermagem. A escolha por realizar a vivência nesta unidade deve-se ao interesse pela área relacionada aos atendimentos de enfermagem durante o pré e pós operatório mediato, bem como pela diversidade de patologias, procedimentos e cuidados prestados aos pacientes. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, cujas atividades iniciaram no dia seis de dezembro de 2010 e terminaram no dia vinte e um de janeiro de 2011, na Unidade de Clínica Cirúrgica de um hospital universitário, que atende oito clínicas: ortopedia, vascular, cabeça e pescoço, toráxica, geral, digestiva, urologia, proctologia. Durante este período pode-se acompanhar e auxiliar no desenvolvimento das atividades assistenciais e gerenciais realizadas por uma das enfermeiras da unidade durante o turno da manhã. **Apresentação e discussão:** Nesse período de vivências foi possível visualizar o papel do enfermeiro na equipe de enfermagem e de suas responsabilidades com os cuidados prestados aos pacientes, visando atividades de intervenção, proteção, recuperação e conforto. Além disso, a unidade cirúrgica proporciona maior conhecimento sobre as cirurgias e exames que são realizados, bem como o preparo pré e pós cirúrgico dos pacientes. Neste sentido resgata-se a importância do processo de educação em saúde desenvolvido pela enfermagem junto aos usuários frente ao procedimento cirúrgico e as possíveis que este possa trazer à imagem do seu corpo. Conforme Helman (2003), o corpo humano é mais do que simplesmente um organismo físico que oscila entre a saúde e a doença. É, também, foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e função sendo que para a maioria das pessoas, a estrutura interna do corpo é motivo de mistério e de especulação. Assim, como as influencias culturais, os tratamentos médicos e cirúrgicos também podem ter impacto profundo sobre a imagem corporal. Isso se aplica especialmente a operações como amputações, mastectomias, e cirurgias plásticas e a tratamentos como radioterapia e quimioterapia, que podem causar mudanças físicas e até perda da identidade. A partir da reflexão sobre a influência da imagem corporal, a vivência levou-nos a perceber à importância do trabalho da enfermeira como educadora diante dos pacientes que serão submetidos a uma cirurgia. Destaca-se entre as atividades educativas os momentos de diálogo com os pacientes antes da cirurgia que ocorriam em uma sala, organizada pela equipe de enfermagem da unidade.

Este espaço disponibiliza materiais educativos como bonecos com simulação de cirúrgias, ilustrações do corpo humano com auxílio de álbum seriado, acessórios usados nos pacientes dependendo de sua cirurgia como cateter, bolsas de colostomia, sondas, drenos, tubos entre outros. Nesse sentido, Freire (2003) caracteriza Educação em Saúde como uma ferramenta que visa à mudança de comportamento para o exercício da cidadania, ou seja, a educação deve ser vista como uma troca de experiências entre educador e educando que resulta num processo de mudança, por meio de sua atividade, do diálogo constante e participativo, no qual as duas partes ampliam seus conhecimentos e o domínio cultural. Da mesma forma, Silva (1997) e Alvim(2007) afirmam que a educação e o cuidado são interdependentes, ou seja, a partir do momento em que o enfermeiro está cuidando, ele está educando e aprendendo, portanto, o profissional de saúde deve ser um educador, transformador, emancipador e libertador, que almeja a mudança de comportamento da clientela, a fim de que atinja a qualidade de vida, provocando a transformação e a recriação da realidade instituída. Durante as vivências foi possível acompanhar e participar de algumas orientações na sala de educação em saúde. Nesse momento, observa-se o quanto ansiosos estavam os pacientes diante da sua cirurgia, principalmente, porque cada individuo carrega consigo um certo simbolismo cultural de seu corpo, de sua patologia e do procedimento ao qual será submetidos, porém, esse espaço é o momento em que alguns tabus são desmistificados e as dúvidas esclarecidas. Conforme o diálogo e as orientações ocorriam, os pacientes conheciam melhor sua enfermidade, assim como a anatomia e fisiologia do seu corpo, os procedimentos que seriam realizados durante o período operatório bem como a anestesia; recebiam orientações sobre as mudanças de hábitos e as adaptações que poderiam ser realizadas dependendo da cirurgia, tinham a oportunidade de manipular alguns dos materiais que seriam colocados na sua cirurgia, como drenos, bolsa de colostomia, traqueostomia, sonda vesical, dentre outros materiais, e que talvez tivessem que ser usados continuamente por toda a vida; eram orientados como proceder antes e após as cirurgias para que seu corpo tivesse uma recuperação satisfatória no decorrer de sua reabilitação. Quando as orientações terminavam, era possível perceber na expressão facial dos pacientes maior tranqüilidade e aceitação frente a cirurgia. Percebeu-se o quanto importante faz-se o papel da enfermagem como educadora num espaço hospitalar, principalmente, por esse ser o profissional que acompanha mais de perto os pacientes e tem a possibilidade de transferir por meio de uma troca de conhecimentos, autonomia aos pacientes sobre o seu corpo e tomar decisões frente a sua patologia. Apesar da educação em saúde ser parte fundamental para o cuidado percebe-se que muitos profissionais ainda são muito resistentes a essa idéia e poucos são os cenários em que ocorre diálogo entre os profissionais/ paciente. Durante esse período percebi que uma simples conversa, muitas vezes, desfaz crenças que podem estar influenciando no comportamento do paciente frente a sua patologia e em conseqüência afetando o seu tratamento. Nesse sentido, observa-se que faz parte do papel do enfermeiro divulgar essa idéia dentro da equipe de enfermagem bem como inserir a educação em saúde na rotina da unidade como parte dos cuidados. Por outro lado, é importante que essa iniciativa seja contemplada por outros profissionais da saúde não se restringindo apenas a enfermagem promovendo assim, educação em saúde com características multiprofissional. **Conclusão:** As vivencias na unidade de clínica cirúrgica proporcionaram um maior conhecimento sobre a rotina de uma unidade hospitalar, a organização de uma equipe de enfermagem e o papel da enfermeira nesse contexto. Além disso, foi possível exercitar e rever algumas técnicas aprendidas durante o semestre acadêmico. Por outro lado, foi possível compreender melhor a importância da educação em saúde no processo de cuidar num ambiente de hospital. Esse processo permite maior aproximação entre o profissional de saúde, o paciente; sua cultura, valores e crenças. Constatou-se ainda que, a troca de conhecimentos proporciona ao paciente melhor entendimento de sua situação de saúde, oportunizando-lhe agir com maior autonomia na promoção do seu auto-cuidado.

Referências

ALVIM, N. A. T., Ferreira M.A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. Texto contextoenfermagem. 2007; 16(2): 315-319

Freire P. Educação e mudança. (27 ed.) São Paulo. Ed. Paz e Terra. 2003.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença/ trad. Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SILVA S.H.S. Professor de medicina: diálogos sobre sua formação docente [tese]. São Paulo. Pontifícia Universidade Católica/PUC. 1997.

92 GUIA PRÁTICO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS: UMA ESTRATÉGIA PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

BARATTO, Mari Angela Meneghetti
(Enfermeira, Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem, Enfermeira Assistente da Sala de Recuperação Anestésica, Universidade Federal de Santa Maria E-mail : mariangelabaratto@yahoo.com.br)

CERVO, Anamarta Sbeghen
(Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, Enfermeira Coordenadora Técnico Administrativa da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional, UFSM)

CARDOSO, Patrícia Medianeira Ferreira
(Farmacêutica, Mestre em Farmacologia, Farmacêutica Responsável pelo Setor de Dispensação de Medicamentos do Serviço de Farmácia, UFSM)

Descritores: Enfermagem; Administração de Terapia Medicamentosa; Segurança do Paciente; Erros de Medicação.

Introdução: a maioria dos pacientes que procura atendimento nas instituições de saúde irá receber terapia medicamentosa em algum momento do seu tratamento. No estudo de Miasso e Cassiani (2004), pacientes hospitalizados receberam até 17 medicamentos por dia durante a internação sendo que 15,7% dos participantes da pesquisa tiveram prescrição com número de medicamentos superior a 10. Diante desta realidade é relevante a necessidade de dispor de mecanismos de barreira para evitar o erro e assegurar a qualidade do atendimento ao paciente. O sistema de medicação é constituído de várias etapas, envolvendo decisões e ações que vão desde a prescrição e a distribuição até a administração do medicamento. Estas etapas dependem de vários profissionais da área de saúde e estão diretamente interligadas. Cabe ao médico a responsabilidade sobre a prescrição, ao farmacêutico, sobre a dispensação, e ao enfermeiro a administração e o monitoramento das reações do paciente. Devido a suas características, este é um processo complexo, multifatorial, passível de erro em qualquer uma de suas fases, causando ou não dano ao paciente. Na ocorrência de dano, tem-se o evento adverso. Os erros de medicação segundo a American Society of Health System Pharmacists (1993) são classificados como: erro de prescrição; de dispensação; de omissão; de horário; de administração de medicamento não autorizado; de dose; de apresentação; de preparo; de administração; por uso de medicamentos deteriorados; de monitoração e pela não adesão do paciente e sua família (Kusahara e Chanes, 2009). As instituições de saúde devem desenvolver uma cultura voltada para a promoção contínua da segurança do paciente. Todo local em que a enfermagem realiza práticas relacionadas à medicação necessita dispor de infraestrutura e processos que garantam a realização segura do procedimento, prevenindo assim a ocorrência de erro e consequente evento adverso. Pesquisa realizada por Mendes et al (2008) sobre a incidência de eventos adversos em hospitais de ensino brasileiros, mostrou incidência de 0,8 eventos adversos por 100 pacientes/dia. Destes, 5,6% estavam relacionados à terapia medicamentosa e 66,7% destes eventos foram classificados como evitáveis. Os profissionais envolvidos no sistema de medicação necessitam, não só atualizar-se, mas também socializar seus conhecimentos sobre medicamentos, desenvolver protocolos e padronizar rotinas. Cabe aos gestores das instituições promover e estimular ações que visem o desenvolvimento de uma cultura de segurança no quotidiano da terapia medicamentosa, como, por exemplo, o uso de prescrição informatizada, dispensação de medicamentos em dose unitária com código de barras e identificação dos pacientes por meio de pulseiras, entre outros. Estas ações são imprescindíveis no conjunto de

estratégias a serem adotadas para a construção e fortalecimento de práticas seguras no cuidado ao paciente nos serviços de saúde. O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) está buscando instrumentalizar-se e inserir-se no cenário da cultura de segurança por meio da criação da Equipe Multiprofissional de Segurança do Paciente (EMUSP). A EMUSP está vinculada ao Pólo Rio Grande do Sul, que por sua vez está ligado à Rede Brasileira de Segurança do Paciente (REBRAENSP) os quais atuam consonantes com as ações previstas pela Aliança Mundial para Segurança do Paciente proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). **Objetivo:** devido à inexistência de um material atualizado relacionado às práticas de manipulação e acondicionamento dos medicamentos padronizados no HUSM, observou-se a necessidade de estudar e agrupar as principais informações consideradas de extrema relevância para os profissionais desta instituição. O objetivo deste trabalho foi padronizar o preparo, a conservação e a administração dos medicamentos injetáveis utilizados, bem como disponibilizar particularidades referentes a cada medicamento estudado. **Metodologia:** este estudo trata-se do relato de experiência de um grupo de profissionais composto por enfermeiros, farmacêuticos e técnicos de enfermagem do HUSM. Preocupados com os eventos adversos relacionados à medicação e com a segurança do paciente e equipe de saúde, o grupo de trabalho produziu um “Guia Prático” a ser utilizado para consulta e elucidação de dúvidas relativas à administração de medicamentos injetáveis. Para a realização do estudo foi investigada a totalidade desses fármacos, num montante de 176 medicamentos injetáveis, dos quais foram excluídos os antineoplásicos por seu preparo ser centralizado no Serviço de Farmácia, em capela de fluxo laminar. Além disso, as unidades que os administram possuem protocolo específico. Os medicamentos foram tabelados e divididos em quatro grandes grupos: antimicrobianos, anestésicos, medicamentos injetáveis gerais e soluções de pequeno volume. Para organizar as informações foi construída uma tabela com os itens que seriam mais relevantes: - Nome do medicamento (conforme Denominação Comum Brasileira - DCB), apresentação e nome comercial; - Reconstituição; - Vias de administração, diluição padrão, concentração máxima da solução e tempo de administração; - Estabilidade depois de reconstituído ou diluído em temperatura ambiente e refrigerado; - Incompatibilidades; - Observações e dose máxima diária. Para a pesquisa foram consultadas várias fontes bibliográficas específicas (livros, estudos de outras instituições), bulas, sites sobre medicamentos e sites de laboratórios farmacêuticos. Contou-se ainda com relatos das experiências de cada profissional envolvido no estudo para confrontamento de informações, validação e viabilização prática do conteúdo produzido de acordo com a realidade da instituição. Ainda constam neste manual informações relativas à técnica de lavagem de mãos, lista de abreviaturas, orientações gerais para diluição e administração de medicamentos, transformações para soluções endovenosas bem como regras de segurança para prescrição médica de medicamentos. **Resultados:** esse conteúdo será reunido em um manual para consulta. Sua disponibilização será feita de forma impressa e também através de um link no sítio do HUSM, onde toda a equipe de saúde possa ter acesso e realizar consultas livremente. Há a preocupação de que o material obtido seja disponibilizado para todos os profissionais da instituição e partilhado com o corpo discente e docente da academia, por ser o HUSM um hospital de ensino. Ao utilizar esse instrumento, a equipe da instituição terá informações atualizadas e padronizadas que darão suporte às rotinas diárias relativas à medicação, esclarecendo dúvidas e prevenindo erros tanto na fase do preparo e armazenamento, quanto na administração dos medicamentos injetáveis padronizados neste hospital. Este trabalho se traduz como uma estratégia de prevenção de eventos adversos envolvendo medicamentos, tornando a terapia medicamentosa mais segura para os pacientes e para os trabalhadores da saúde que atuam no cuidado. **Conclusão:** estudos e ações voltados para a segurança do paciente estão cada vez mais fazendo parte do dia-a-dia das equipes de saúde. Os profissionais de saúde não podem usar como desculpa o grande volume de serviço, falta de recursos

humanos, escassez de recursos materiais, ambiente inadequado com infraestrutura precária para expor o paciente a atitudes de risco. O significado do trabalho proposto e realizado pelo grupo de estudo resume-se nas palavras de Porto (2011, p. 5): “Poucos profissionais têm a exata consciência da importância de que seus atos, por mais simples que sejam, por mais rotineiros que possam parecer, podem significar a exata diferença entre a vida e a morte, entre a causa de um dano e sua prevenção.” O maior desafio ainda está por ser enfrentado, a sensibilização e o envolvimento dos profissionais que atuam na assistência, cada qual cumprindo seu papel de modo que a segurança do paciente seja uma bandeira a ser levantada e defendida por todos.

Referências

1. KUSAHARA, D. M.; CHANES, D. C. Segurança na medicação**.** In: PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S (Org.). **Enfermagem dia a dia:** segurança do paciente. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. cap. 9, p. 119-38.

2. MENDES, W. **Pesquisador apresenta estudo sobre eventos adversos em hospitais.** 2008. Disponível em: <http://www.advsaude.com.br/noticias.php?local=1&nid=1776>. Acesso em: 04 abr. 2011.

3. MIASSO, A. L; CASSIANI, S. H. B. Conhecimento de pacientes sobre medicamento. In: CASSIANI, S. H. B.; UETA, J. (Org.). **A segurança de pacientes na utilização da medicação**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. cap. 13, p. 133-44.

4. PORTO, C. A. **Erros de medicação:** definições e estratégias de prevenção. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo – COREN- SP, 2011.

93 O NÃO-RETORNO DAS USUÁRIAS PARA BUSCAR O RESULTADO DO EXAME PAPANICOLAU

DORNELLES, Rochele Santana
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Email: rochelesantana@hotmail.com)

PRATES, Lisie Alende
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

LIPINSKI, Jussara Mendes
(Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Descritores: Saúde da Mulher. Câncer de colo do útero. Papanicolau.

O câncer de colo do útero é considerado uma neoplasia que pode ser prevenida e também curada, mas quando detectada em sua fase inicial. Neste sentido, tem-se o exame Papanicolau como forma de rastreamento desta doença. No exame Papanicolaou (ou exame citopatológico) é realizado um estudo das células descamadas no conteúdo vaginal ou removidas mecanicamente com auxílio de uma espátula ou escova, para definir o grau de atividade biológica das mesmas. A coleta de material ectocervical é efetuada com a espátula de Ayre e a coleta de material endocervical é realizada com uma escova endocervical. O material coletado e espalhado de maneira uniforme sobre uma lâmina de microscopia, previamente identificada, e imediatamente fixado, para evitar a dessecação e deformação das células. O fixador citológico utilizado pode ser líquido, como álcool etílico 70 a 90%, ou aerosol contendo álcool isopropílico e polietileno glicol (Carbowax)[(1)]. Durante as atividades práticas da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Saúde da Mulher, do Curso de Enfermagem, acompanhamos algumas consultas de enfermagem à população, nas Unidades Básicas de Saúde. Entre essas consultas, identificamos algumas usuárias que haviam realizado o exame papanicolau há um ano ou mais e que, muitas vezes, devido a uma intercorrência clínica geral, procuraram à Unidade Básica de Saúde e, então, receberam o resultado do exame preventivo do câncer de colo de útero. O que significa dizer que o fato de ir ao serviço de saúde apenas buscar o resultado do exame não as faria retornar à Unidade. O preocupante nessa situação é que essas mulheres podiam apresentar alguma anormalidade no exame, que se identificada precocemente apresentaria uma grande chance de cura, mas que devido à demora em procurar o serviço de saúde, reduzem mais as possibilidade de tratamento e, consequentemente, cura. Tendo em vista que o câncer de colo de útero é a segunda causa de morte por câncer em mulheres no mundo[(2)] e sabendo-se que por parte do serviço, existe um investimento em cada papanicolau realizado – sendo envolvidos profissionais de nível superior e pessoal técnico, assim como gastos diversos com material no processo de coleta do exame, leitura da lâmina e impressão do resultado – quando a mulher não retorna ao serviço para receber esse resultado, há um desperdício de tempo e recursos, por parte do serviço e da mulher, pois o objetivo do papanicolau, ou seja, a prevenção do câncer do colo uterino, não é alcançada[(3)]. Assim, interessávamos em identificar os motivos que levam às usuárias a não retornarem à Unidade de Saúde. Entre os fatores que levam a mulher ao não-retorno, a literatura[(3)] cita alguns, tais como: a situação ocupacional da usuária, dificuldades financeiras e/ou de locomoção, esquecimento, falta de ficha de retorno da instituição, falta de confiança no profissional, falta de interação profissional-paciente, dificuldade em conseguir novo atendimento,

longa espera para o atendimento, atraso na liberação do resultado do exame, entre outros. Outro fator não mencionado na literatura, mas que cabe mencionar é que muitas usuárias não retornam ao serviço de saúde por temerem o resultado do exame. O fato de pensarem que o resultado possa apresentar anormalidades gera muita angústia e ansiedade nas usuárias; e quando pensado na hipótese de diagnóstico de câncer, o medo só tende a aumentar. Isso porque o câncer sempre esteve associado com a morte. A experiência de descobrir-se com câncer, e as repercussões dessa experiência na vida das pessoas, além de provocar medo por suscitar a morte como algo previsível, é percebida como uma situação de sofrimento que é vivida, mediada pelos significados atribuídos às interações e à visão do mundo adquirida no decorrer da vida[4]. Por isso, ainda falta sensibilizar as mulheres de que o câncer de colo de útero, quando diagnosticado precocemente tem alta chance de prevenção e cura. Certamente, muitas sabem disso, mas é preciso intensificar a conscientização acerca do assunto. Pois de acordo com a literatura[3], a mulher, ao sair do serviço de atendimento bem orientada, ela não somente retornará para receber o seu resultado, como se transformará em um agente multiplicador em sua comunidade. No entanto, o que se vê na prática é que muito profissionais ao invés de orientarem as mulheres quanto à importância do exame e como este se dá, se abstém de fornecer as informações sobre o exame, e acabam por não reduzir a ansiedade e retirar as dúvidas das usuárias. Portanto, cabe ao profissional de saúde, quebrar tabus e atuar como um facilitador do acesso das mulheres ao exame de Papanicolaou[5]. Ademais, deve-se considerar além das usuárias que não retornam para buscar o resultado do exame, ainda àquelas que nunca o fizeram. E embora saiba-se que este exame seja facilmente aplicado e sem nenhum ônus ou prejuízo para a paciente, ainda são muitas as usuárias em idade fértil que não o fizeram. Nesses casos, mais uma vez salienta-se a falta de orientação à usuária por parte dos profissionais, pois sabe-se que esta falta de orientação é capaz de induzir ao nervosismo, ansiedade e medo, sentimentos esses que muitas usuárias que nunca realizaram o exame relatam. Com isso, entende-se que ao trabalhar a educação em saúde com as usuárias, deve-se considerar o contexto social que as mesmas estão inseridas; deve-se pensar na forma de abordagem, na linguagem utilizada, suas individualidades, assim como nas intimidades e segredos de cada uma das usuárias, visto que é um exame que para estas é considerado muito íntimo. Embora muitos profissionais demonstrem, durante a realização do exame, ser uma situação corriqueira e sem importância. Este deve ser um momento em que a usuária deve ser ouvida, compreendida e respeitada, onde se deve respeitar sua privacidade, pois o momento em que está usuária se submete ao exame, ela leva consigo muito mais do que o próprio corpo. Leva suas experiências, vivências, sensações, conhecimentos e valores. Portanto, o profissional que consegue se sensibilizar com tal situação garantirá que a usuária leve em consideração suas orientações, faça o exame e retorne para buscar o resultado do mesmo. Em síntese, compreende-se que há, sim, a necessidade de uma nova postura por parte das usuárias, a fim de que despertem para importância da prevenção de doenças e para promoção da saúde. Contudo, também há a necessidade de profissionais mais envolvidos em prestar uma assistência diferenciada às usuárias, promovendo uma efetiva atenção à saúde.

Referências

1. SILVA MN, COSTA JÚNIOR S, FERREIRA N, NASCIMENTO DM, ARAGÃO JCS, GENESTRA M. Saúde materna: a importância da assistência pré-natal. Cadernos UniFOA, edição especial, p. 97-101, 2009.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher. Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140> Acesso em: 10/04/2011.

3. GREENWOOD SA, MACHADO MFAS, SAMPAIO NMV. Motivos que levam mulheres a não retornarem para receber o resultado de exame papanicolau. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 503-509, 2006.

4. SILVA VCE. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção dos pacientes. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

5. FERREIRA MLSM. Motivos que influenciam a não-realização do exame de papanicolau. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 13, n. 2, p. 378-384, 2009.

94 A INCIDÊNCIA DE NASCIMENTOS EM ADOLESCENTES NO CENTRO OBSTÉTRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

NEVES, Karen Schmitt
(Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica /UFSM, Enfermeira CO/HUSM)

PANCIERA, Lurdes
(Enfermeira, Especialista em Gerência de Enfermagem/UFRGS, Coordenadora de Enfermagem da Área Materno-infantil/HUSM)

RODRIGUES, Berenice de O. Cruz
(Enfermeira, Mestre em Extensão Rural/UFSM, Enf./FATEC-CO/HUSM, Prof. Substituta DENF/UFSM E-mail: digobereteteu@hotmail.com)

ROSSO, Juliele
(Enfermeira, Especialista em Auditoria em Saúde/SEG-Sistema Educacional Galileu, Enfermeira CO/HUSM)

Descritores: Incidência; Nascimentos; Adolescentes

A adolescência é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma fase que vai dos dez aos dezenove anos de idade. É um período de grandes mudanças anatômicas, fisiológicas, emocionais e sociais. A gestação nesta fase pode implicar em repercussões sociais, psicológicas, econômicas e familiares, além de riscos de vida para a adolescente grávida e seu filho. Santos (2010) ressalta que o parto prematuro é uma condição que incide mais na gestante adolescente e que acarreta maior tempo de internação, baixo peso ao nascer e maior risco de morte neonatal e infantil. Nesse sentido, a gravidez na adolescência tem sido alvo de discussões mundiais, constituindo-se em problemática de destaque no campo da saúde pública nos países subdesenvolvidos, devido à possibilidade de acarretar em algumas complicações como, abandono escolar, comprometimento profissional, maior risco durante a gravidez, por vezes decorrente de um pré-natal deficitário, pelo fato da adolescente esconder a gravidez ou os serviços de saúde não estarem qualificados para tal assistência. Além disso, tornam-se mais vulneráveis ante à condição estressante no momento do nascimento, resultante de mitos e tabus que provocam insegurança e muitas vezes, da inexistência de serviços de saúde preparados para uma atenção dirigida a esta faixa etária. Assim, tal problemática tem gerado preocupações nas organizações de saúde nacionais e internacionais, pelas suas repercussões físicas, psicológicas e sociais. Pesquisas demonstram que aproximadamente 15 milhões de adolescentes de 15 a 19 anos dão à luz a cada ano, o que representa mais de 10% de todos os nascimentos no mundo. A sua incidência varia de acordo com a população estudada, sendo maior nos países em desenvolvimento (MONTEIRO *et al*, 2009). A incidência de gravidez na adolescência em partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil manteve-se em torno de 25% de 1995 a 2000 e apresentou ligeira queda para 21,89%, em 2004 (Brasil, 2006). Tais dados permitem a identificação de um pequeno decréscimo na incidência nascimentos em adolescentes, mesmo em tempos de queda global nas taxas de fecundidade. Ainda, verifica-se um aumento da incidência de nascimentos na faixa de idade mais precoce (10 a 14 anos). Outro aspecto relevante a ser considerado é o tipo de parto apresentados pelas adolescentes. Monteiro et al (2009), referem que de acordo com o senso comum a adolescente ainda não apresentou completo desenvolvimento físico para ter um parto normal. No entanto, ser adolescente não é indicação de cesárea, pois na maioria das vezes ocorre um parto normal, com evolução satisfatória do trabalho de parto. Os mesmos autores ressaltam que a incidência de cesárea é

fenômeno global, comum a quase todos os países do mundo. Mas enfatizam que não encontram nenhum outro país onde as taxas sejam tão elevadas quanto no Brasil. A OMS recomenda que apenas 15% dos partos sejam por cesárea. No entanto, segundo o Ministério da Saúde, houve um aumento no número de nascidos vivos por parto cesáreo na maioria dos estados brasileiros. Em 2004, 41,8% dos nascimentos foram por parto cesáreo (Brasil, 2004). Por tudo isso, justifica-se a realização de estudos pelos profissionais de saúde atuantes em serviços de atenção ao parto e nascimento, sobre a incidência deste na adolescência, como forma de identificar a ocorrência e a amplitude dessa problemática, permitindo o planejamento de ações preventivas conjuntas entre os setores da saúde e educação, pais e sociedade em geral, bem como qualificar a atenção prestada a essa população específica no momento do parto. Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo verificar a incidência de parto na adolescência, na série história de 2008 a 2010, no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (CO/HUSM), bem como tipo de parto realizado. Além disso, procurou-se estabelecer um comparativo com dados estaduais e nacionais relacionados ao tema, com vistas a avaliar a inserção da realidade local nesses cenários. Para tanto, foi realizada uma pesquisa quantitativa do tipo exploratória. A população foi constituída de todos os partos ocorridos no CO/HUSM, no período de 2008 a 2010, sendo extraídos e quantificados aqueles ocorridos na faixa etária de 10 a 19 anos. Os dados foram coletados no mês de abril de 2011, a partir do Sistema de Informação do Serviço de Estatística do HUSM. A organização e apresentação dos dados constituíram-se de cálculos de percentagens a partir de números absolutos. Estes foram colocados em gráficos e tabelas, para uma melhor visualização e posterior análise. Os dados estaduais e nacionais foram extraídos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os resultados demonstraram que o percentual de partos na adolescência no CO/HUSM no período estudado manteve-se em torno de 15%. Quanto ao tipo de parto, foi possível verificar um elevado número de cesáreas nos nascimentos em adolescentes de 2008 a 2010 (51,8%). Em 2001, no SINASC registrou-se um total de 3.106.525 nascidos vivos, sendo 723.070 (23,3%) filhos de mães adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade. Do total de nascimentos, foram identificados 27.866 (0,9%) nascidos vivos de mães entre 10 e 14 anos e 695.204 (22,4%) nascidos de mães entre 15 e 19 anos de idade. No Rio Grande do Sul o índice de nascimentos em adolescente neste período foi de 20,2% (BRASIL, 2004). Em 2008, no Brasil o total de nascimentos caiu para 2,9 milhões, sendo 20% de mães com idade entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2010). Quanto ao tipo de parto, dos nascidos vivos declarados no Brasil em 2001, 38,1% nasceram por parto cesáreo. Em 2007, esse número passou para 47%. No entanto, observou-se que a maioria dos partos em adolescentes (73,3%) foi vaginal, sendo 26,7% partos cesáreos (BRASIL, 2010). Os dados encontrados no SINASC demonstram a incidência de partos até o ano de 2007, que quando comparados aos dados encontrados no CO/HUSM (2008 a 2010) permite verificar que a incidência de partos em adolescentes foi menor (15%) que aquela encontrada no Brasil em 2008 (20%). No entanto, o número de cesáreas foi de 51,8% dos partos em adolescentes ocorridos no CO/HUSM. Esses dados preliminares, que terão sua análise aprofundada na apresentação desse trabalho, permitem concluir que, embora a incidência de nascimentos em adolescentes no CO/HUSM, quando comparada a dados estaduais e nacionais, seja menor, é merecedora de atenção, exigindo ações preventivas e acima de tudo capacitação da equipe de saúde para o atendimento dessas adolescentes no momento do parto. E acima de tudo, uma análise da equipe multiprofissional para identificar as causas do elevado número de cesarianas nesta faixa etária.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004:** uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo2_sb.pdf Acesso em 22 de abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de vigilância em saúde: indicadores e dados básicos.** Brasil 2006, IBD 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus. **Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC).** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11993 Acesso em 23 de abril de 2011.

MONTEIRO, D. L. M. *et al*. **Gravidez e Adolescência.** Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

SANTOS, R. A. B. **Gravidez na adolescência:** aspectos sociais e psicológicos. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Curvelo – MG, 2010.

95 O ENFERMEIRO FRENTE AO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS DE SAÚDE: DADOS PRELIMINARES

SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar
(Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; Membro do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem; E-mail: sgssm1@hotmail.com)

CAMPONOGARA, Silviamar
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem)

VIEIRO, Cibele Mello
(Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria; Membro do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem

ERTHAL, Graciele
(Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria; Membro do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

PERES, Roger Rodrigues
(Acadêmico de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; Membro do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

Descritores: Meio ambiente; resíduos sólidos dos serviços de saúde; enfermagem.

Introdução: Na atualidade, enfrentamos sérios desafios, dentre os quais, a complexidade da problemática ambiental, a qual impõe aos seres humanos um comportamento direcionado a busca de um agir responsável com o meio ambiente, tendo em vista o acelerado processo de destruição ambiental que vivenciamos e as ameaças a sobrevivência do planeta. Entre as fontes de degradação ambiental, os resíduos sólidos gerados na área da saúde representam uma peculiaridade importante; quando gerenciados inadequadamente, oferecem risco potencial ao ambiente (CORRÊA et al, 2005). Nesse sentido, o Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde constitui-se em um assunto polêmico, que ainda carece de uma discussão mais ampliada por tratar-se de lixo hospitalar. Os problemas relacionados a essa questão são complexos, exigindo não apenas um posicionamento consciente, mas, sobretudo, disponibilidade para colaborar na sua resolução. Gerenciar os resíduos sólidos dos serviços de saúde constitui-se num problema sério para os enfermeiros, geralmente, administradores dos diferentes setores hospitalares, pois as soluções apontadas centram-se predominantemente na implantação do seu manejo, sem que o processo como um todo seja abordado e sem que haja o próprio preparo dos profissionais que, muitas vezes, não são adequadamente instrumentalizados para gerenciar a segregação dos resíduos provenientes do processo de assistência à saúde. Sabe-se que há poucos espaços de estudo sobre a temática e pouco investimento em pesquisa com esse enfoque. Desta forma, discutir a cerca do gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde é fundamental, constituindo-se em contribuição desse estudo. Além disso, o estabelecimento de reflexões sobre esse tema contribui para a ampliação do debate a cerca dessa nova demanda para os profissionais enfermeiros. Para tanto, o estudo teve como objetivo conhecer qual a percepção de enfermeiros de unidades de internação abertas de um Hospital Universitário sobre o seu papel no processo de Gerenciamento de Resíduos Sólidos dos Serviços de Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo-exploratório com

abordagem qualitativa, desenvolvido com os enfermeiros atuantes em unidades de internação abertas de um Hospital Universitário. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, durante os meses de dezembro de 2010 e janeiro de 2011, com 10 enfermeiras. O encerramento amostral se deu por saturação de dados. Após a coleta dos dados, os mesmos sofreram um processo de análise qualitativa, tendo como base os pressupostos da análise de conteúdo, segundo o referencial de Bardin. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e as entrevistas somente aconteceram mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados e discussões:** A amostra foi constituída por 10 enfermeiras atuantes em unidades abertas de internação de um hospital universitário. O tempo de atuação no serviço que predominou foi de três anos e seis meses. Em média, as entrevistadas possuíam 31 anos. Quanto ao sexo, prevaleceu o feminino (100%). Durante o processo de coleta de dados, os sujeitos foram estimulados a refletir sobre como eles se percebiam enquanto enfermeiros atuantes naquele setor, frente ao processo de gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde. Como resultado, a análise demonstrou que, para os enfermeiros o processo de gerenciamento se dá, quase que exclusivamente, através de orientações, conversas informais com a equipe, justificando que o serviço exige o estabelecimento de prioridades, portanto, o gerenciamento dos resíduos fica, na maioria das vezes, sob responsabilidade da enfermeira do Serviço de Higiene e Limpeza do referido hospital. Nesse sentido, Corrêa et al (2005) acreditam que a não inserção da abordagem sobre o gerenciamento de resíduos sólidos na formação dos futuros profissionais seja uma justificativa para explicar a dificuldade dos mesmos em realizar o referido gerenciamento. Outra questão abordada pela amostra foi quanto a **dificuldades e/ou facilidades no gerenciamento dos resíduos**. A maioria dos sujeitos acredita ser difícil gerenciar os resíduos sólidos de saúde, devido envolver pessoas com diferentes culturas e algumas com indiferença quanto aos problemas ambientais. Uma das entrevistadas ressaltou que, por envolver muitas pessoas, muitas equipes, o profissional enfermeiro não pode ser o único responsável pelo processo educativo relacionado ao tema. Dessa maneira, os enfermeiros, além de serem responsáveis pelo processo de gerenciamento de resíduos sólidos, no seu setor de trabalho, encontram dificuldades para desenvolver essa atividade, tendo em vista não ser um processo amplamente divulgado nas instituições de saúde. Ao serem questionadas sobre como percebem a atuação da equipe multiprofissional frente ao gerenciamento dos resíduos, a maioria referiu ser bastante problemático quando se trata da equipe médica. Essa constatação pode ser corroborada pelo estudo de Corrêa et al (2007), o qual mostrou que, em geral, os profissionais da Medicina não se envolvem com o gerenciamento dos resíduos, o que pode estar associado ao modelo ainda predominantemente adotado na formação e no exercício profissional, ou seja, com ênfase na doença, no seu tratamento e na recuperação e não na sua prevenção e na promoção da saúde. Da mesma forma, acreditam que **a responsabilidade no manejo dos resíduos cabe a Enfermagem**, por assumirem um papel de administradores da instituição, favorecendo a situação de que outros profissionais se reconheçam como desobrigados de assumirem essa função. Entretanto, o envolvimento e a responsabilidade para com os resíduos hospitalares, desde a sua geração até a disposição final, faz parte do exercício de cidadania de todos os sujeitos ali atuantes. Ainda conforme o autor citado, esse descomprometimento com o lixo hospitalar, por parte de outros profissionais, se deve ao fato de ser atribuição da Enfermagem a responsabilidade pelo controle de infecção hospitalar. **Considerações finais:** Acreditamos que a presente pesquisa nos possibilitou discutir a cerca do gerenciamento dos resíduos sólidos de saúde, mas ainda é preciso que essa questão seja amplamente debatida no seio da profissão e nos diferentes cenários onde atuam os profissionais da enfermagem, tendo em vista ser fato ainda recente e gerar muitas dúvidas e controvérsias entre os profissionais. Além disso, embora simbolize, atualmente, maior concretude

no que tange a abordagem da temática ambiental, esse assunto precisa ser melhor explorado, para que não se caracterize apenas como normativa a ser cumprida por instituições e profissionais de saúde, e atenda ao objetivo de servir como estratégia de minimização do impacto ambiental advindo do processo de assistência em saúde. Para tanto, o debate sobre o tema precisa ser ampliado, no sentido de que os envolvidos tenham conhecimento sobre todo o processo de gerenciamento de resíduos e, possam ser estimulados a desenvolver uma consciência crítica sobre a interface disso com a atual problemática ambiental.

Referências

1. BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

2. CAMPONOGARA, S. UM ESTUDO DE CASO SOBRE A REFLEXIVIDADE ECOLÓGICA DE TRABALHADORES HOSPITALARES 2008**.** Florianópolis, 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

3. CORRÊA, L.B.; LUNARDI, V. L.; CONTO, S. M. O processo de formação em saúde: o saber resíduos sólidos de serviços de saúde em vivências práticas. **Rev Bras Enferm,** v.60, n.1, p.21-25, Jan.-Fev., 2007.

4. CORRÊA, L. B.; LUNARDI, V. L.; CONTO, S. M. O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.18, p.571-584, Set./Dez., 2005.

96 A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: UMA VIVÊNCIA ACADÊMICA

JAKS, Caroline Daiane Weber
(Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de graduação em monitoria da disciplina: Unidade do Cuidado de Enfermagem III. Relatora. carolinedweberjaks@hotmail.com)

AMOZA, Luisa Viana
(Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas)

GALARRAGA, Sarine Fabrica
(Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas)

FERRAZZA, Anielle
(Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista do programa de educação ao trabalho -PET)

SCHRADER, Greice
(Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista do programa de educação ao trabalho -PET)

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi
(Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Orientadora)

Descritores: Enfermagem pediátrica; Comunicação; Cuidado da criança; Família.

Introdução: A comunicação é um instrumento essencial para o enfermeiro, sendo ela verbal ou não verbal. O enfermeiro que atua em unidade pediátrica, deve se atentar para a qualidade da comunicação realizada com a criança, pois a comunicação propicia a formação de um elo entre a criança, a família e a enfermagem, permitindo diálogo e dando segurança durante o cuidado (STEFANELLI; CARVALHO; ARANTES, 2005). Quando a comunicação ocorre de forma eficiente e efetiva é possível notar que tanto a criança quanto os seus cuidadores sentem uma maior confiança no profissional, oportunizando mais abertura para a realização das práticas de enfermagem. O diálogo entre o enfermeiro e a criança pode auxiliar a romper muitas barreiras que são reproduzidas culturalmente, como por exemplo as falas que colocam o enfermeiro como um profissional responsável por impor à criança castigos, com agulhas e medicações, pela sua desobediência. Sendo assim, é imprescindível que a comunicação receba uma atenção especial durante os atendimentos pediátricos, já que é por meio dela que se torna possível criar uma aproximação favorecendo a formação de vínculos, a fim de estabelecer um cuidado mais integral e humanizado. A comunicação com crianças deve ser adequada a sua idade e o tipo de educação, pois não se pode abordar uma criança como se ela fosse um adulto ou adolescente (WONG, 1997). Nesse sentido, entende-se que se a comunicação está de acordo com a realidade vivenciada, a boa relação do profissional com a criança e o familiar propicia a melhoria do cuidado prestado. Para tanto, a linguagem utilizada durante a comunicação deve ser acessível e compreensível para todos os pacientes, sendo tratada como ponto de fundamental importância. **Objetivo:** Demonstrar a importância da comunicação na enfermagem pediátrica, embasada em vivências acadêmicas durante a rotina de atendimentos pediátricos. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência

que busca ilustrar a visão de acadêmicas frente aos cuidados de enfermagem prestados a clientes pediátricos, realizados durante o componente curricular: Unidade do Cuidado da Atenção Básica II. A vivência ocorreu durante o segundo semestre de 2010, em duas unidades de internação pediátrica de Hospitais de Ensino no sul do Rio Grande do Sul. **Resultados:** A partir da vivência prática em duas unidades pediátricas, foi possível observar as diferenças entre a comunicação utilizada pelo enfermeiro com essa população, de outras experiências anteriores com populações adultas. A criança apresenta uma série de necessidades especiais de cuidado, por se tratar de um indivíduo em desenvolvimento, suas habilidades estão ainda sendo formadas, sendo assim não tem a mesma capacidade que os adultos de lidar com perdas e restrições. Ressalta-se que durante a hospitalização a criança é afastada do seu cotidiano, o que gera temor e ansiedade, já que fora de seu ambiente rotineiro não sabe ao certo o que vai acontecer. Nesse sentido, torna-se ainda mais importante o papel compreensivo do enfermeiro, em que a comunicação deve enfatizar claramente cada passo que será dado, de forma que a criança possa criar um vínculo da confiança com o profissional minimizando suas angústias. Pode-se observar que uma das principais restrições impostas pela hospitalização às crianças é a falta de espaço físico para desenvolver as atividades corriqueiras de sua vida, como pular, correr, andar de bicicleta. Para que essas restrições sejam amenizadas torna-se importante a elaboração de atividades de entretenimento, durante a hospitalização, que possam compensar as restrições enfrentadas. Assim, considera-se imprescindível destacar a importância do brinquedo para a criança, já que esse auxilia as crianças a se sentirem mais à vontade no ambiente hospitalar. Torna-se relevante possibilitar à criança um espaço para que ela possa expressar seus sentimentos a respeito das experiências traumáticas, assim como suas ansiedades, raiva e/ou hostilidade. Além disso, a doença pode trazer à criança sentimentos de culpa ou abandono, como se fosse um castigo por algo errado que ela cometeu (SEIBEL; SANCHEZ, 1992). Observou-se, na vivência prática, que cada idade exige uma forma de comunicação diferente, e esta pode ocorrer através da manifestação verbal ou sendo somente através das expressões e olhares, portanto o enfermeiro deve estar atento não somente a linguagem verbal utilizada, mas especialmente às expressões faciais e corporais que ele e a criança utilizam. Notou-se também que quando o enfermeiro apresenta uma interação adequada na forma de se comunicar, não é somente a criança que passa a reagir diferentemente, mas também seus cuidadores, pois é uma maneira de se passar confiança e segurança a essas pessoas que estão passando por uma situação cansativa e angustiante, por mais que em alguns casos a hospitalização ocorra com frequência sempre gera aflição. Diante disso, percebeu-se que ser um enfermeiro pediátrico requer além de conhecimento e destreza, também muita paciência, para que ocorra um vínculo construtivo com a criança, tornando assim possível a superação de algumas dificuldades que ela possa vir a apresentar. A boa comunicação deve ultrapassar as barreiras do pensamento rotineiro de que todas as crianças que tem idade para falar podem verbalizar o que sentem, como por exemplo, os casos de crianças com deficiência auditiva, que exigem do profissional qualificação e conhecimento para que consiga se comunicar de forma efetiva e não preconceituosa, requerendo muita atenção e dedicação por parte dos profissionais. É necessário lembrar sempre que a criança é fruto do ambiente que vive, ou seja, sua organização familiar irá influenciar em suas experiências infantis e todo seu processo de socialização. Portanto o trabalhador de enfermagem que cuida de crianças deve respeitar as diferenças culturais existentes dentro dos grupos sociais, e, sobretudo aliar-se ao estilo de cuidar da mãe herdado culturalmente (CABRAL, 1995). Dessa forma, é imprescindível levar em consideração que além da idade, e da capacidade fisiológica e anatômica da criança se comunicar, existe também a questão do contexto onde ela foi criada e vive, adequando a comunicação a sua realidade, para que não haja constrangimentos e se quebre o vínculo que está em constante construção. **Considerações finais:** Diante da experiência prática vivenciada frente à comunicação

com a criança, percebe-se a necessidade dessa abordagem nos cursos de formação de enfermagem, uma vez que se busca pela otimização da comunicação constantemente, a fim de não perder o elo que é construído através da comunicação efetiva, já que muitas vezes a mecanização dos serviços interfere na assistência qualificada e humanizada. Acredita-se que o diferencial de um enfermeiro que atua na área de pediatria é a paciência e principalmente o bom diálogo, com uma comunicação interativa e afetiva, os quais acalmam e trazem segurança às crianças e suas famílias. Sem dúvida, a comunicação interfere no cuidado prestado, pois ela é uma das questões primordiais no trabalho, levando em consideração de que sem a concretização da comunicação diferenciada com a criança, não há procedimento que se torne tolerável para a mesma, inviabilizando, muitas vezes, a prática de enfermagem. Por fim, considera-se necessário reforçar que sem uma comunicação adequada, clara, coerente, compreensiva e afetiva torna-se inviável a prática de uma enfermagem humanizada dentro das unidades pediátricas.

Referências

CABRAL, I. E. O Estilo de Cuidar da Mãe e o Trabalho da Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 3, n. 2, p.189-195, out., 1995.

SEIBEL, G.; SANCHEZ, F. A Criança, seu Desenvolvimento, do Nascimento à Adolescência - Evolução e Implicações na Hospitalização. *In*: BIEHL, J. I. e col. **Manual de Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 26-28, 1992.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. Comunicação e enfermagem. *In*: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (org). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri, SP: Manole, p.1-8, 2005.

WONG, D. L. **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro. Guanabara, 1997.

97 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NEVES, Eliane Tatsch
(Doutora em Enfermagem, Professora de Enfermagem da UFSM)

SILVEIRA, Andressa da
(Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda do PPGENF da UFSM. Bolsista REUNI)

CANTERLE, Iraciara Ramos
(Acadêmica do 7° semestre de enfermagem, UFSM. iraciara_1379@hotmail.com)

Descritores: Educação em saúde; Enfermagem Pediátrica; Cuidadores.

Introdução: Trabalhar a educação em saúde com familiares cuidadores e acompanhantes de crianças e/ou adolescentes hospitalizados é uma estratégia de aproximar a equipe dos familiares com a finalidade de que as práticas de cuidado a tenham continuidade no pós alta hospitalar. Neste sentido, acredita-se que a enfermagem pode mediar saberes entre o conhecimento científico e o saber da experiência feita da família da criança afim de que o processo de educação em saúde seja contínuo respeitando os saberes e a cultura familiar. A partir da experiência vivenciada no Grupo de familiares cuidadores de crianças internadas na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital universitário de Santa Maria, tem sido possível observar a necessidade dos familiares/cuidadores terem um espaço onde possam compartilhar suas dúvidas, medos e angústias. O Grupo proporciona um ambiente onde os familiares cuidadores e equipe podem estreitar laços, compartilhar saberes, além de esclarecimentos sobre o cuidado prestado a criança e ao adolescente. Nele os familiares acompanhantes podem encontrar apoio em outras famílias, muitas vezes com problemas muito semelhantes aos seus, e juntos compartilhar experiências e discutir a respeito de como encontrar estratégias de enfrentamento para superar o sofrimento que a internação traz. Dessa forma o empoderamento desses sujeitos é imprescindível, pois só através do reconhecimento de suas prioridades e necessidades é possível traçar estratégias e instrumentalizá-los. Boa parte dos familiares cuidadores realizam uma série de práticas de cuidado de saúde que não fazem parte de seu cotidiano, a atividades de grupo é espaço que proporciona a equipe de saúde um momento em que se torna possível mediar as práticas de cuidado, pois é um momento propício para realizar a escuta sensível, e ao mesmo tempo, oportunizar ao grupo educação em saúde. O Grupo oferece um grande aprendizado, pois por meio das falas dos participantes é possível aprender e colocar em prática uma série de alternativas criadas a partir do cuidado de suas crianças. A participação de membros da equipe de saúde é muito importante, pois oportuniza coletar uma série de informações a respeito da família e do paciente, que podem ser peças-chave para a resolução de problemas encontrados, relacionados a cuidados e a saúde das crianças/adolescentes, pois não são facilmente detectados com uma simples conversa a beira do leito ou até mesmo durante o atendimento. O cuidado gera uma demanda muito importante de estresse aos familiares cuidadores, o grupo proporciona um momento de descontração, e interação com outros familiares cuidadores. O fortalecimento de laços de confiança entre familiar e a equipe, faz com que estes se sintam mais a vontade para tirar suas dúvidas, conversar sobre o processo de internação, oportunizando através disso um convívio mais amigável de ambas as partes. Nota-se por parte dos familiares cuidadores que já participam do grupo o incentivo para que os demais familiares participem, observa-se a partir desse fato a satisfação e os benefícios que o grupo trás a essas pessoas. O Grupo de educação em

saúde com familiares e cuidadores de crianças e adolescentes hospitalizados, emergiu da necessidade de que os acompanhantes das crianças internadas na Unidade Internação Pediátrica (UIP) e Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) tivessem um momento de troca de saberes com os demais acompanhantes que passam por situações semelhantes diante da internação da criança e/ou adolescente. Segundo (CASTRO e PICCININI, 2002) o suporte social recebido pelos pais da criança, tanto por parte da família extensiva quanto de amigos e da equipe de saúde, é de grande importância para o bem estar da criança, pois vem a reduzir o estresse de mães e pais, oportunizando uma maior tomada de consciência do problema da criança e consequentemente uma vinculação mais adequada com seu filho.

Desta forma o projeto de extensão promove atividades de educação em saúde com familiares/cuidadores, possibilita o estreitamento de vínculos entre equipe e família, além da troca de vivências e experiências diante do cuidar da criança doente. Objetiva-se com isto, facilitar a aproximação entre os familiares e cuidadores a fim de compartilharem vivências, promover interação da equipe de saúde com os familiares e cuidadores para que estes possam auxiliar no cuidado à criança e ao adolescente; esclarecer, informar e oferecer suporte emocional aos familiares/cuidadores; promover cuidado de modo que considere o contexto sócio-cultural, desenvolvendo uma prática de cuidado centrado na família, promover o empoderamento dos sujeitos e multiplicação dos saberes contribuindo para o empoderamento dos sujeitos envolvidos. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre o projeto de extensão intitulado "GRUPO EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMILIARES E CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS". O grupo está fundamentado nos Círculos de Cultura de Freire que visam à troca de experiências, conhecimentos e vivências, possibilitando que o conhecimento seja construído de forma compartilhada entre o ser educando e o facilitador por meio do diálogo (FREIRE, 1980). O grupo de educação em saúde ocorre quinzenalmente, na UIP, com a participação dos familiares cuidadores das crianças e adolescentes hospitalizados, discentes da graduação e pós-graduação e pós-graduação em enfermagem, enfermeiros e docentes de enfermagem. Quanto as temáticas abordadas salientam-se assuntos de interesse dos participantes. **Resultados e discussão**: O grupo desenvolve atividades de educação em saúde desde o ano de 2008, enfocando temáticas que envolvam saúde da criança e do adolescente, cuidado nó pós alta hospitalar, higiene, alimentação saudável, prevenção de acidentes, prevenção de doenças, entre outros. Ressalta-se que as temáticas nunca estão prontas, mas que emergem durante a realização do grupo como conversa informal entre equipe e familiares cuidadores. Freire (1980) trás que o processo de educação em saúde não deve impor a modificação da realidade, mas conhecer a realidade das crianças e de sua respectiva família a fim de que esse processo seja um meio de contribuir no aprimoramento do cuidado desta criança dentro da extensão familiar. Tem-se percebido também, o aumento gradual do interesse dos enfermeiros da UIP e UTI em participar do grupo e o reconhecimento da importância da realização do mesmo e de seus benefícios tanto para a equipe quanto para a família. Observou-se também uma boa adesão às atividades do grupo por parte dos familiares, o que vem a corroborar com os benefícios trazidos pela atividade, convergindo com a proposta do grupo. **Conclusões:** O Grupo tem se mostrado eficaz para equipe de enfermagem e para os familiares participantes, tendo em vista que muitos familiares relatam sentir-se melhor e até mesmo "mais leves" após a participação no Grupo. Salienta-se ainda que o grupo torna os familiares multiplicadores desses conhecimentos na comunidade de onde procedem, tornando-os mais seguros na execução do cuidado. Ressalta-se ainda que a equipe de enfermagem tem aderido ao projeto e a participação de enfermeiros e técnicos juntamente com acadêmicos e docentes propicia compartilhar de conhecimentos. Além de sensibilizar os profissionais de saúde e futuros

profissionais, oportunizando uma vivência diferenciada na execução de um atendimento humanizado e integral, para paciente e familiar cuidador.

Referências

BRASIL, M. S. Estatuto da Criança e do Adolescente. 3 ed. Brasília: Editora do. **Ministério da Saúde**, 2006. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf. Acesso em: 15 de junho 2008

FREIRE, P. **Conscientização:** teoria e prática da libertação. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980. 116p.

LACAZ, C.P.C.; TYRRELL, M.A.R. A enfermagem e o cuidar de crianças com câncer – uma jornada pelo simbólico a partir da realidade vivenciada pelo universo familiar. ***Acta Paul Enf***; v. 16, n. 6, p. 33-40, 2003.

VERNIER, E.T.N. O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: interfaces com o cuidado de enfermagem. 2007. 172f. **Tese (Doutorado em Enfermagem)**. Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A.. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 3, 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 01 Apr. 2011. doi: 10.1590/S0102-79722002000300016.

98 VIVÊNCIA ACADÊMICA EM UM PRONTO-SOCORRO E A PROBLEMÁTICA DA SUPERLOTAÇÃO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

BUBLITZ, Susan
(Relatora. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM. Membro do grupo de estudos e pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas "Stress, coping e *burnout*". Bolsista do grupo PET – Enfermagem. E-mail: susan.bublitz@gmail.com.br)

CERON, Marinez Diniz da Silva
(Enfermeira do Pronto Socorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria, Especialista em Terapia Intensiva Adulto e em Educação na área de Enfermagem. E-mail: marinezdceron@hotmail.com)

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza
(Professora Adunto do Departamento de Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery(UFRJ). Membro do grupo de estudos e pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas "Saúde do Trabalhador". E-mail: tmagnago@terra.com.br)

EINLOFT KLEINÜBING, Raquel Einloft
(Enfermeira. Integrante do Grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, Coping e Burnout. Rua Araújo Viana, 123. Apto 101. 5581199818. E-mail: raquel_e_k@hotmail.com)

Descritores: Enfermagem; Pronto-socorro; Aprendizado Baseado na Experiência

Introdução: Na sociedade atual cada vez mais vem crescendo problemas no cotidiano dos indivíduos como o estresse, o sedentarismo, os desentendimentos interpessoais, o alcoolismo, o tabagismo, entre outros, os quais podem desencadear problemas de saúde na população e, conseqüentemente, um aumento na procura de tratamentos hospitalares. O pronto-socorro, por sua vez, é uma unidade do hospital destinada à assistência a pacientes externos com ou sem risco de morte, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato. Dispõe de leitos de observação e um horário de funcionamento diário de 24 horas. As unidades de pronto-socorro devem estar estruturadas para prestar assistência adequada em situações de urgência, caracterizada por casos que necessitam de atendimento rápido, porém sem risco de morte imediato e, emergência, quando o risco de morte é iminente. No entanto, o que tem sido observado é de que além de assegurar as manobras de sustentação de vida em casos de urgência e emergência, essas unidades têm representado a porta de entrada para os usuários com queixas crônicas e sociais (OHARA; MELO; LAUS, 2010). Com a demanda elevada e com os agravos a saúde crescendo diariamente, os eventos acabam proporcionando um aumento de internações hospitalares e muitas vezes propiciando a superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH). A superlotação nos SEH é um fenômeno mundial e caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos (BITTENCOURT; HORTALE, 2009). De acordo com Curi e Bittar (2009), pronto-socorros convivem diariamente com o problema da superlotação. A busca de leitos hospitalares para adultos em hospitais de qualidade, como são os hospitais de ensino, por exemplo, gera uma demanda maior que a capacidade instalada dos mesmos e este problema acaba se tornando rotineiro para a equipe do setor. **Objetivos:** Este trabalho tem por objetivo realizar um relato de experiência sobre as vivências de uma acadêmica de enfermagem no Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), por meio do Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN) do Curso de Enfermagem da Universidade

Federal de Santa Maria (UFSM), enfocando a problemática da superlotação no serviço de pronto atendimento do HUSM. **Metodologia:** Esta vivencia foi realizada por uma acadêmica do curso de graduação em Enfermagem do 8º semestre da UFSM, desenvolvida no período de 29 de novembro de 2010 a 05 de março de 2011, em turnos matutinos e vespertinos, totalizando 120 horas. Essa iniciativa ocorreu em virtude das propostas previstas no PROFCEN, um Programa de Ensino e Extensão elaborado pela coordenação do curso que tem como objetivo oportunizar vivências aos acadêmicos de enfermagem para desenvolver competências e habilidades técnico-científicas, ético-políticas e sócio-educativas do profissional enfermeiro. Para a realização desta atividade foi necessário a elaboração de um plano de ação com o objetivo de auxiliar no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e no encaminhamento de alta e baixa hospitalar; aperfeiçoar a técnica de procedimentos de enfermagem; acompanhar as atividades de competência do enfermeiro; praticar educação em saúde; trabalhar junto a equipe de enfermagem; relacionar a teoria com a prática do enfermeiro e desenvolver habilidade técnico-científicos. O respectivo plano de ação foi autorizado e assinado por um docente da Instituição de Ensino e um Enfermeiro supervisor do campo. **Resultados:** Durante o período destinado à realização das vivências deparei-me com um cenário conhecido, pois parte das aulas práticas das disciplinas do 4º semestre do curso foram realizadas na Unidade de Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Contudo, a participação no PROFCEN proporcionou a possibilidade de complementar e aprimorar as atividades curriculares, uma vez que foi possível vivenciar, acompanhar e exercer funções inerentes ao Enfermeiro. No decorrer das vivências pude perceber um problema que já se tornou rotineiro do pronto-socorro do HUSM pelas diversas reportagens e notícias que saíram, e continuam a sair na mídia, que é a superlotação da unidade. A superlotação do pronto-socorro do HUSM é um problema constante onde os pacientes muitas vezes são submetidos a ficar em macas, com risco de quedas, permanecem no meio dos corredores. Tal situação atrapalha o fluxo de outros pacientes que são conduzidos à sala de emergência, por exemplo, Ainda, são submetidos a uma espera longa até o atendimento e diagnóstico e, algumas vezes, necessitam permanecer em macas das próprias ambulâncias ou cadeiras, por falta de leitos. De acordo com Bittencourt e Hortale (2009), o tempo de permanência no Serviço de Emergência Hospitalar (SEH) é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal conseqüência, levando ao aumento da mortalidade. No que se refere a superlotação, verifica-se que a qualidade da assistência aos pacientes, nesta situação, não é garantida somente com o uso de tecnologias, pois o conforto a este usuário é influenciado decisivamente por aspectos relacionados ao objeto e à força de trabalho envolvidos no processo (OHARA; MELO; LAUS, 2010). Com a experiência da vivência na unidade, pode ser percebido o importante papel que o pessoal da enfermagem possui neste local, pois quando comparado ao total de profissionais do hospital, a enfermagem representa um percentual importante de trabalhadores, onde estes buscam minimizar a dor e proporcionar um maior conforto ao paciente que se encontra em situações desfavoráveis. Neste sentido, observei que os profissionais de enfermagem desta unidade estão cientes do problema enfrentado no local e os mesmos buscam ajudarem-se uns aos outros a fim de, principalmente, diminuir a sobrecarga de trabalho e diminuir a dor e o desconforto dos pacientes que, sem culpa, se encontram em uma situação desconfortável e inapropriada. **Considerações finais:** O fato de o pronto-socorro ser a porta de entrada dos usuários ao hospital e estar aberta a uma demanda espontânea acaba muitas vezes por atender a uma demanda maior que a prevista, o que resulta em condições de trabalho nem sempre adequadas. Ao término das vivências no pronto-socorro pode-se presenciar e assistir diariamente a falta de leitos, a indisponibilidade de um lugar adequado aos pacientes o que gera desconforto ao usuário e requer uma equipe de enfermagem estruturada e capacitada, tanto

quantitativamente quanto qualitativamente. Dessa forma, a imprevisibilidade da demanda aliada à gravidade e à complexidade da unidade torna esse cenário um verdadeiro desafio e um setor importante de um hospital, onde a assistência prestada deve primar por uma qualidade de nível elevada e qualificada para todas as adversidades possíveis para responder às expectativas dos usuários mesmo em condições inadequadas.

Referências

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública.** Jan/jun. 2009; 25(7). Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700002&lang=pt

CURI, A.P.; BOTTAR, O.J.N.V. Estudo dos óbitos no pronto-socorro de um hospital de ensino: humanização, prognóstico e gastos. **RAS.** Out/dez. 2009; 11(45). Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras45.pdf

OHARA, R.; MELO, M.R.A.C.; LAUS, A.M. Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro. **Rev. Bras. Enfermagem.** Set/out. 2010; 63(5) Brasília. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500009&lang=pt

99 EXPERIÊNCIAS E EXPECTATIVAS DOS GRADUANDOS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO ÀS VISITAS DOMICILIARES

COLOMÉ, Tifany Leal;
(Acadêmica do 2º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. E-mail: tifanyleal@hotmail.com)

SCHIMITH, Maria Denise;
(Professora Orientadora.Enfermeira. Doutoranda de Enfermagem pelo Doutorado Interinstitucional - DINTER/UNIFESP/EEAA/UFSM)

SEIFFERT, Margot Agathe;
(Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM)

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin;
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf - da UFSM)

SIMON, Bruna Sodré;
(Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM)

GARCIA, Raquel Pötter;
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PPGEnf da UFSM)

Descritores: Enfermagem; Visita Domiciliar; Programa Saúde da Família

Introdução: A visita domiciliar (VD) surgiu no cenário da assistência à saúde como um instrumento relevante no auxilio as famílias, recuperação de pacientes, e como uma ação de cuidado que a enfermagem utiliza com o intuito de intervir no processo saúde-doença dos indivíduos e planejar ações visando à promoção da saúde coletiva (FIGUEIREDO et al, 2009). Por meio das VDs poderão ser detectados problemas e necessidades dos indivíduos e suas famílias, os quais auxiliarão no desenvolvimento de planos assistenciais. Para tanto é preciso que o profissional seja habilitado e tenha conhecimentos específicos sobre a coletividade e o contexto que permeia os seres cuidados. Percebe-se, dessa forma, o quão é importante que estudantes de Enfermagem já tenham contato com os usuários desde o início da graduação, pois além de desenvolver os saberes biológicos despertarão um olhar amplo e crítico sobre a sociedade e o papel de cuidar da Enfermagem. **Objetivo:** Este trabalho objetiva relatar a expectativa e experiência de acadêmicos de Enfermagem sobre a realização das primeiras visitas domiciliares e as contribuições destas para o melhor entendimento das relações profissional-usuário no contexto comunitário. **Método:** As visitas domiciliares são atividades previstas para as disciplinas de Saúde Coletiva I, Saúde Coletiva II e Saúde Coletiva III do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Essas disciplinas ocorrem no 1º, 2º e 3º semestre do curso, respectivamente, e tem como uma de suas propostas o acompanhamento de famílias pelos acadêmicos. Esses se dividem em grupos, duplas ou trios, e para cada um deles é designada uma família a ser visitada. As famílias acompanhadas são indicadas pela equipe de saúde das Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESFs), as quais servem de campo de prática para o Curso de Enfermagem da UFSM. As visitas ocorrem mensalmente e tem por objetivos conhecer e compreender a realidade das famílias a fim de produzir vínculos de afeto e amizade, e que os usuários e suas famílias possam ser acompanhados,

periodicamente, permitindo que suas demandas sejam atendidas, no desígnio de auxiliá-las na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, e melhora da qualidade de vida. Salienta-se que as VDs ocorrem mediante orientação e supervisão do professor da disciplina. A experiência e os saberes adquiridos pelas visitas ao longo de cada semestre, de acompanhamento com as famílias, são registrados em um portfólio e apresentados em sala de aula para discussão, reflexão e busca de soluções para os problemas levantados durante as visitas domiciliares. Ainda, todo o acompanhamento das famílias é transmitido para os integrantes da equipe de saúde, os quais recebem informações para melhor planejar ações, caracterizando a interação entre ensino, serviço e comunidade. **Resultados:** As expectativas dos acadêmicos são muito grandes em relação à realização das primeiras atividades práticas. A proposta de realizar as VDs é bastante aguardada, pois alguns não conhecem, ou conhecem pouco sobre a área de abrangência da ESF, tornado esse um momento de curiosidade e ansiedade. Ressalta-se que as inquietações ocorrem tanto para o conhecimento de "sua família", como da realidade da mesma, incluindo o domicílio, hábitos, dificuldades e problemas de cunho patológico e social. Após o primeiro momento de expectativa do desconhecido, os graduandos percebem o quanto são importantes para essas famílias; uma vez que ao receberem os acadêmicos, as famílias se sentem valorizadas e passam a descrever episódios de sua vida com o intuito de serem ajudados em seu próprio domicílio e de acordo com suas condições socioeconômicas. Cabe destacar, que o Programa Saúde da Família, criado em 1994 pelo Ministério da Saúde e hoje reconhecido como sendo uma estratégia, tem como objetivos reorientar o modelo assistencial de saúde a partir das práticas de saúde na atenção básica e contribuir para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A VD é vista como uma alternativa que viabiliza a intermediação entre o domicílio e a ESF e vice-versa. Assim, neste novo modelo assistencial, a VD aparece como um instrumento imprescindível para que seus objetivos sejam alcançados, já que é por meio desta que a equipe de saúde interage com o meio em que o usuário está inserido, observando e conhecendo sua realidade (ROESE e LOPES, 2004). Percebe-se que com o passar do tempo e com o estabelecimento do vínculo, não somente a doença torna-se assunto das visitas, mas também outras questões que permeiam a rotina dos usuários, como por exemplo, as oportunidades de emprego, o filho que está distante, dentre outros. Esses, aparentemente, são aspectos pouco relevantes para os acadêmicos, mas que após, com certo conhecimento da família se tornam essenciais para a compreensão do adoecimento e de outros fatores do processo saúde-doença. A VD é valorizada ainda por ser um fator estimulador da busca pelo direito à assistência à saúde (LOPES, SAUPE e MASSAROLI, 2008). Esse fato se deve ao vínculo construído por meio das visitas, facilitando que os usuários estejam mais próximos da unidade e inseridos nas questões de saúde. As visitas estabelecem também a necessidade dos discentes realizarem uma associação da teoria com a prática, pois com a percepção das famílias de que há um comprometimento e vínculo com eles, muitas vezes surgem questionamentos referentes aos mais diversificados temas da saúde. Diante dessas questões, o comportamento dos graduandos implica em alguns fatores que serão relevantes para a trajetória acadêmica, bem como o futuro profissional, a citar: ter consciência de suas responsabilidades para com os indivíduos e/ou comunidade; linguagem simples, aproximativa, leal e respeitosa para garantir sua autonomia; comportamento de bondade para com o usuário e no que diz respeito à ética, é preciso propiciar privacidade e confiabilidade, mantendo o sigilo. **Principais conclusões:** Durante a realização das VDs foi possível uma aproximação dos alunos com o contexto dos usuários que residem na área de abrangência das ESFs, o que permitiu um aperfeiçoamento das habilidades do enfermeiro e o desenvolvimento de estratégias para as famílias, as quais são planejadas juntamente com professor e equipe de saúde. Além disso, observou-se que devido às visitas acontecerem durante três semestres da graduação, é perceptível a constante evolução dos alunos e a busca por novos conhecimentos. Outro fator relevante é a associação teórico-prática

proporcionada, pois diversos assuntos abordados em sala de aula puderam ser encontrados na comunidade e nas famílias acompanhadas. Acredita-se que essas visitas, desde o início da graduação podem colaborar para a construção de novos profissionais, mais capacitados, comprometidos e que estejam disponíveis para fundamentar suas práticas diante das singularidades e necessidades de dos indivíduos.

Referências

FIGUEIREDO, N.M.A. de; MACHADO, D.A.; PRADA, B.; MEDEIROS, A. Cuidados para pessoas com desvio de saúde na família. In: FIGUEIREDO, N.M.A. de; TONINI, T. (org). SUS e PSF para enfermagem. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2009. p.229-249

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.2, p. 241-247, 2008. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br. Acesso em: 4 abril 2011.

ROESE, A.; LOPES, M.J.M. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência**. Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 98-111, 2004. Disponível em: < http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4498/2435 >. Acesso em: 4 abril 2011.

100 RELAÇÃO ENTRE OS ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS E O PLANEJAMENTO E DESEJO PELA GRAVIDEZ EM USUÁRIAS

RAMOS, Aline Krüger
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Email: alinekruger@hotmail.com)

PEZ, Ana Paula Zimmer
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

SCHOLZ, Danielle Celi dos Santos
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

PRATES, Lisie Alende
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

OLIVEIRA, Mariane Amâncio de
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

LIPINSKI, Jussara Mendes
(Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Descritores: Gestantes. Sentimentos. Unidade Básica de Saúde. Pré-natal. Puérperio.

Verifica-se que a descoberta da gravidez comumente gera diversos tipos de emoções como: surpresa, alegria e algumas vezes o medo. Fatores como o planejamento pessoal e, principalmente, o desejo da mulher em relação à maternidade contribuem para o predomínio da vivência de sentimentos positivos[(1)]. Algumas mulheres podem se sentir totalmente enriquecidas quando descobrem-se grávidas, já outras podem se sentir completamente vazias. Algumas mulheres podem mudar seu modo de vida para se adaptarem a gravidez, outras continuaram como antes. Certas mulheres podem sentir a presença do feto como algo bom e positivo, sendo muito efusivas, já outras podem senti-lo como um verdadeiro invasor, apresentando um comportamento introspectivo. Pensando em todas essas sensações em torno do período gravídico, surge este relato de experiência, que decorre do projeto de pesquisa intitulado "Perfil da atenção materno-infantil no município de Uruguaiana", realizado no ano de 2010, que teve como objetivo principal conhecer as ações relacionadas à saúde das mulheres e crianças realizadas no município de Uruguaiana. Dentro da proposta metodológica do estudo, os dados foram coletados por meio de instrumento, que consistia em um questionário com perguntas abertas e fechadas. Entre as perguntas fechadas, destacou-se a questão relacionada ao planejamento e ao desejo da gravidez, que consistiam em perguntas feitas em sequência. As participantes da pesquisa eram gestantes e/ou puérperas, e estas tinham como opções de resposta "sim" ou "não". Da análise de dados, evidenciou-se que 9 das 29 entrevistadas manifestaram terem planejado a gravidez. Quando questionadas, se atualmente desejavam a gravidez, todas responderam que sim. Entende-se que a gestação está associada a mudanças não só biológicas e somáticas, mas também psicológicas e sociais, que influenciam a dinâmica psíquica individual e relacional da gestante[(2)]. Todos os sentimentos, reações e expectativas diferem de gestante para gestante e devem ser respeitados, cada qual, individualmente, pelos profissionais que às assistem, compreendendo o contexto socioeconômico e a história de vida da gestante. Pois há de

se considerar que, em muitas famílias, ocorrem várias reestruturações na organização estrutural e financeira da casa e da família. Além disso, reconhece-se que a reação do companheiro, dos outros filhos, dos parentes, dos amigos e da sociedade em geral, são capazes de influenciar (positiva ou negativamente) a descoberta da gravidez para a mulher, e fazer de um momento que seria muito prazeroso e especial, carregado de medo, insegurança e tristeza. Ao analisarmos as 9 entrevistadas que manifestaram terem planejado a gravidez, verificamos que a idade mínima encontrada foi 18 anos e a máxima foi 28 anos. Em relação ao estado civil, apenas 2 delas eram solteiras, prevalecendo o estado civil de casada. Todas moravam, atualmente, com seus respectivos companheiros. Em se tratando da escolaridade, as usuárias que referiram o planejamento da gravidez, apresentaram-se com maior escolaridade, se comparadas com as demais usuárias que referiram não terem tido a pretensão de engravidar e as quais frequentaram durante 5 ou 4 anos a escola. Já as que relataram a pretensão de engravidar, apresentaram um tempo mínimo de 8 anos e um tempo máximo de 12 anos freqüentando à escola. Além disso, constatamos que as mulheres que frequentaram a escola por 11 e/ou 12 anos realizaram um número maior de consultas que àquelas com 4 e/ou 5 anos frequentando a escola. Mulheres com maior escolaridade realizaram, em média, 7,08 consultas, enquanto que àquelas com menor escolaridade apresentam 3,5 consultas realizadas. Analisamos também se o número de filhos apresentava alguma relação com o número de consultas, isto é, se, por exemplo, mulheres com um número de filhos inferior a 4, apresentaram um número menor (ou maior) de consultas pré-natais do que aquelas que apresentavam 4 ou mais filhos. Decidimos realizar essa análise, após verificar que a literatura[3] constata que quanto maior o número de gestações prévias, pior é o acompanhamento pré-natal. O que explica tal relação é que talvez, quanto mais filhos, mais a mulher se considere auto-suficiente para lidar com as futuras gestações, ou porque os afazeres do lar (e até mesmo os outros filhos) não permitem que ela se afaste de seu domicílio, ou ainda porque os acompanhamentos pré-natais nas gestações anteriores não convenceram essas mulheres de sua importância. Sendo assim, verificamos que as mulheres com 4 filhos ou mais filhos representaram ao todo 5, enquanto que as demais (com 3 filhos ou menos) totalizavam 24. Após a análise do número de filhos e número de consultas realizadas pelas entrevistadas, comprovamos que em nosso estudo, o número de filhos também foi inversamente proporcional ao número de consultas, isto é, as mulheres que apresentavam menos filhos (menos de 4 filhos) haviam realizado maior número de consultas pré-natais realizadas do que aquelas com mais filhos (4 ou mais filhos).; em conformidade com a literatura[3], já que os mesmos afirmam quanto maior o número de filhos, menor foi o número de consultas de pré-natal pela gestante. Encontramos um número de 8, 9, 11 e até 16 consultas entre as mulheres com 0, 1, 2 ou 3 filhos. Já aquelas com 4 ou mais filhos realizaram, no máximo, 5 e/ou 7 consultas pré-natais. Também nos questionamos se o fato de algumas usuárias entrevistadas terem frequentado durante maior tempo a escola teria relação com o número de consultas pré-natais realizadas pelas mesmas. Uma vez que essa relação também foi verificada na literatura[3], que relata que quanto maior a escolaridade da gestante, maior é o número de consultas realizadas pelas gestantes. Observamos, em nosso estudo, a mesma associação, visto que mulheres que frequentaram a escola por 11 e/ou 12 anos realizaram um maior número de consultas que àquelas com 4 e/ou 5 anos frequentando a escola. Mulheres com maior escolaridade realizaram, em média, 7,08 consultas, enquanto que àquelas com menor escolaridade apresentam 3,5 consultas realizadas. Mediante a análise dos aspectos destacados nesse relato, ressaltamos que na gravidez ocorrem mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as demais relações sociais da gestante, e maneira como ela vive estas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê[2]. As usuárias não reconhecem a importância de um pré-natal completo, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Com isso, entende-se que os profissionais devem sensibilizar

estas para a prevenção da morbi-mortalidade materno-infantil e para a promoção em saúde por meio da realização de um pré-natal de qualidade, capaz de identificar agravos de saúde frequentemente tratáveis quando descobertos cedo, melhorando, com isso, os índices da população materno-infantil.

Referências

1. SHIMIZU HE, LIMA MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 3, p. 387-392, 2009.

2. PICCININI CA, GOMES AG, NARDI T, LOPES RS. Gestação e a constituição da maternidade. Psicologia em Estudo, v. 13, n. 1, p. 63-72, 2008.

3. TREVISAN MR, LORENZI DRS, ARAÚJO NM, ÉSBER K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

101 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE E MEIO AMBIENTE EM TESES E DISSERTAÇÕES NACIONAIS

SARI, Vanúzia
(Enfermeira, Mestranda do PPGEnf da UFSM, Especialista em Terapia Intensiva, Enfermeira UTI HNSC/GHC-RS. E-mail: nuzia_sari@yahoo.com.br)

CAMPONOGARA, Silviamar
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Meio Ambiente; Enfermagem; Ecossistema; Resíduos de Serviços de Saúde; Qualidade de Vida.

Introdução: Nos últimos anos há uma contínua e diária veiculação de informações em torno de catástrofes ambientais esperadas e inesperadas, em torno de impactos ecológicos e sociais (e aqui se inclua aqueles em e na saúde decorrentes de) do processo de globalização e da lógica científica vigente. Impactos e catástrofes assistidos e vivenciados pela globalidade do mundo e não mais por pontos específicos do planeta. E o mais intrigante é que, de uma forma geral, parece que tal processo de degradação ambiental cresce, assombrosamente, e poucas medidas são tomadas no sentido de detê-lo ou mesmo reduzi-lo. Apenas se continua a sentir os seus impactos no cotidiano social e nos espaços de trabalho. Parte desta questão pode ser explicada ao se retomar as circunstâncias histórico-sociais envoltas na sua determinação; na medida em que esta situação de crise centra-se em longa história de dominação da natureza pelo ser humano, com raízes filosóficas assentadas desde a Idade Antiga e reforçadas pela tônica cartesiana/baconiana de que o homem é o senhor e possuidor do mundo.[1] Neste contexto, a abordagem da interface saúde e meio ambiente tem se tornado uma temática importante para pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, e tanto mais, para aqueles na saúde. E se pesquisas nessa direção possibilitam a análise e a intervenção para preservar a vida no planeta, pensamos ser necessário conhecer que rumos ela tem tomado na enfermagem, tendo em vista que a consolidação de um corpo de conhecimentos nesta área pode permitir o evidenciar das implicações inerentes a esta relação e servir de base para a adoção de diretrizes e estratégias de ação.[1] **Objetivos:** discutir a produção científica de enfermagem sobre saúde e meio ambiente em teses e dissertações nacionais com o intento de conhecer a forma como o assunto tem sido abordado e analisado, e identificar possíveis lacunas do saber em torno dessa temática. Destarte, convém destacar que essa produção específica é uma tentativa de captação dos contextos em que nos encontramos (enquanto enfermagem profissão) em termos de uma lógica ambiental sistêmica que nos parece cada vez mais relevante. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática qualitativa, exploratório-descritiva; processada por meio de levantamento retrospectivo dos resumos das teses e dissertações, catalogadas pela Associação Brasileira de Enfermagem (Aben), no período de 2001 a 2009. Sendo pretensão dessa procurar conhecer a diversidade ou unicidade das vertentes de pensamento que tem orientado (em nível nacional) as produções e reflexões em termos de meio ambiente na enfermagem, bem como, possíveis lacunas a serem mais bem exploradas. A busca bibliográfica primária─ efetivada manualmente em novembro de 2011 nos catálogos virtuais dispostos no site da Aben mediante leitura de título e resumo─, objetivou resgatar os resumos de teses e dissertações que, direta ou indiretamente, remeteram a questão ambiental e sua inter-relação com a saúde; produzidos em programas de pós-graduação de enfermagem. Traçando-se esse caminho foram resgatados 49 resumos, que foram lidos e relidos na

intenção de se delinear as suas características, convergências e divergências; observando-se, tanto quanto possível: tipo de publicação ou de estudo, ano, instituição a que se vinculou, objeto ou discussão pretendida, população estudada, conceitos e referenciais de meio ambiente adotados no discurso estabelecido. Foram, então, construídas diferentes categorias referentes à conceituação de meio ambiente adotadas. **Discussão e análise:** dos 49 resumos encontrados, 10 eram teses e 39 dissertações de programas de pós-graduação em enfermagem. Essa diferença numérica expressiva encontra justificativa diante da existência no cenário brasileiro de maior número de cursos de mestrado se comparados aos de doutorado. Há ainda aparente concentração de produções nas instituições do Rio grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Ceará e Paraíba, estados com maior visibilidade educacional quando se compara as diversas regiões do país. Existe uma centralização de produções nos anos de 2006, 2008 e 2009; o que pode estar relacionado a maior tematização e discussão da problemática ambiental e seus determinantes pela mídia mundial. Um processo alavancado pela ocorrência de importantes conferências, relatórios e eventos sobre meio ambiente e as conseqüências de sua degradação, nesse período. Há equivalência entre as abordagens do tipo qualitativa, quantitativa e quanti-qualitativa; com alguma supremacia das duas últimas, o que pode encontrar justificativa na presença de maior número de estudos que buscam por determinantes epidemiológicos do processo saúde e doença, ou que vêem o meio ambiente como aspecto essencial à qualidade de vida. É importante refletir também a respeito do tipo de concepções de meio ambiente adotadas ao longo das publicações, na medida em que elas influenciam diretamente a escolha dos objetos de estudo e da abordagem metodológica, orientando a análise estabelecida em torno dos dados coletados. Assim, foi possível estabelecer as seguintes concepções e/ou abordagens de meio ambiente: **meio ambiente e saúde: uma relação de causa e conseqüência,** onde a grande questão posta parece ser a de que nessas concepções, a relação discutida se baseia numa lógica em que o meio ambiente se constitui enquanto causa epidemiológica e, sua determinação sobre a condição de saúde ou doença, uma conseqüência. Trata-se de uma abordagem de ambiente um tanto quanto centrada na imagem de homem no centro do universo e no como o processo saúde-doença tem determinismo ambientais (epidemiologia) ou se relaciona a biologia de vetores, seja no gerar de doença, seja no gerar de qualidade de vida. **Qualidade de vida: uma dependência dos determinantes ambientais,** que se refere a alguns estudos que ao tratarem de qualidade de vida, remetem, ainda que indiretamente, a questão ambiental, na medida em que o existir de um "ambiente saudável" influencia e determina a melhoria da qualidade de vida. Nesta pesquisa particular, essa concepção encontra-se em produções que se utilizam de escalas numéricas e análises estatísticas para avaliar qualidade de vida, incluindo o fator ambiental como um domínio a ser investigado. **Meio ambiente tangenciando uma concepção sistêmica;** categoria que se refere às produções que conseguem ir além da simples busca da epidemiologia da doença, não se limitando ao estudo da relação de causa e conseqüência, mas estendendo ao mesmo tempo seu foco de ação a atividades de promoção de saúde e preservação ambiental. E, por fim a categoria **Meio Ambiente: uma abordagem sistêmica e sócio-ambiental** que representa uma tentativa de aprender a interação complexa entre sociedade e natureza, trazendo a tona um sentido de ambiente do tipo teia de relações, que integra e faz interagir o social, o cultural e o natural. Então, o que sobressai é que mesmo se pesquisando sobre meio ambiente, boa parte das produções tem raízes em conceitos e discussões cartesianas, partitivos. Ainda que se entenda a importância da abordagem ambiental (ambiente visto no sentido de aquilo que "me rodeia", que está "fora do eu") na saúde e se julgue essencial a compreensão do todo do indivíduo, se trata de "um todo de indivíduo" e não de globo. Parece que há também uma tendência de aproximar e interagir ambiente, qualidade de vida e promoção da saúde.[1] Contudo, apesar de algumas evoluções discursivas aqui encontradas, ainda se observa certo permanecer do tradicionalismo biomédico

quando se faz uma abordagem de ambiente um tanto quanto centrada na imagem de homem no centro do universo, no como o processo saúde-doença tem determinismo ambientais (epidemiologia), seja no gerar de doença, seja no gerar de qualidade de vida. De jeito que não se produz uma análise mais contextualizada da problemática ambiental, que valorize toda a complexidade imbricada, bem como, os atores sociais a ela associados. Há sim uma grande lacuna na produção de saberes ambientais e isso precisa ser mais bem explorado. **Considerações finais:** A apreensão da problemática ecológica com todas as suas interfaces não pode dar-se sob a égide de pressupostos mecanicistas e objetificadores. É preciso pressupostos que valorizem a complexidade ambiental, que não dicotomizem a sociedade e a natureza, o sujeito e o objeto, a razão e a emoção. Enfim, a problemática ambiental deve ser apreendida de acordo com o contexto em que está inserida, a partir do olhar dos múltiplos atores sociais que com ela tem interação, buscando por meio de saberes plurais, construir uma nova racionalidade que conceba o ambiente como parte da vida cotidiana, em seus diferentes cenários, nas mais variadas práticas sociais. [1]

Referências

1 Camponogara S. Um estudo de caso sobre a reflexividade ecológica de trabalhadores hospitalares. 2008, 277 p. tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, UFSC, 2008.

102 A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PALIATIVOS AO DOENTE TERMINAL

MARTELLO, Naiashy Vanuzi
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem. Email: naizinha_6@hotmail.com)

SANTOS, Naiana Oliveira dos
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira
(Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

MARTINS, Mayani Suertegaray
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

KINALSKI, Daniela Dal Forno
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

DEBUS, Paula dos Santos
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Descritores: Doença Crônica; Cuidados Paliativos; Assistência de Enfermagem

Introdução: O alívio do sofrimento, a compaixão pelo doente e seus familiares, o controle dos sintomas e da dor e a busca pela autonomia são alguns dos princípios dos cuidados paliativos, os quais se constituem em importantes aliados na luta de pessoas que têm alguma doença crônica. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Esse tipo de tratamento deve reunir as habilidades da equipe multiprofissional para que o paciente possa adaptar-se às mudanças que são impostas pela doença e faça uma reflexão para enfrentar a nova condição. A equipe mínima para este trabalho ser realizado é composta por: um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e pelo menos um profissional da área da reabilitação. É importante lembrar que a comunicação adequada entre equipe de saúde, familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte. **Objetivos:** Contextualizar, com base na literatura especializada, o cuidado paliativo e o papel de enfermagem no que se refere à terminalidade. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão teórica realizada por meio de levantamento bibliográfico junto às bases de dados da SciELO e LILACS, no mês de março de 2011. Para a busca dos dados utilizaram-se como descritores: Doença Crônica, Cuidados Paliativos e Assistência de Enfermagem, encontrando-se 54 publicações. Após a leitura dos títulos e dos resumos, elegeram-se estudos de interesse baseados nos seguintes critérios de inclusão: artigos completos, disponíveis *online* na língua portuguesa. Apenas nove publicações fizeram parte da amostra de estudos, as

quais, para análise e elaboração do presente texto, foram organizadas em um instrumento com roteiro sistematizado contendo: abordagem metodológica do estudo, ano de publicação, objetivos e resultados das produções. **Resultados:** Quanto à abordagem dos estudos, destaca-se que sete eram qualitativos e um quantitativo e um quali-quantitativo. O período das publicações corresponde ao ano de 2004 a 2008. Os estudos centralizam os objetivos e conclusões na análise da importância dos cuidados paliativos a pessoas na condição de terminalidade e como a assistência de enfermagem colabora em tal situação. Nessa perspectiva, apontam que a definição do termo "cuidados paliativos" é uma tarefa extremamente complexa e desafiadora, considerando sua operacionalidade no que diz respeito à delimitação de um campo de atuação das ciências da saúde, envolvendo conceitos e sua articulação com formulações das ciências humanas: psicologia, filosofia, antropologia e história. Estes últimos buscam inserir a discussão do sentido e da narrativa acerca deste enigmático momento da vida humana, que é a morte. A origem do termo situa-se em uma discussão da prática médica acerca do lidar com pacientes ditos terminais. Desta forma, o cuidado paliativo distingue-se do curativo pela noção médica de paciente "terminal" ou "fora de possibilidades terapêuticas" (Simon; Santos, 2003) e é, justamente no momento em que aceitar o processo da morte é necessário, que surgem os cuidados paliativos de enfermeiros preparados para esse tipo de assistência. De acordo com Pessini e Bectachini (2004), humanizar a dor e o sofrimento humano incorporando os aspectos físico, psíquico, social e espiritual é um desafio para os cuidadores. Os familiares possuem dificuldade ao cuidar porque vivenciam situações muito diversas, ao mesmo tempo em que aprendem sobre a real situação da doença sentem-se culpados em relação ao cuidado, pois este demanda muita paciência para enfrentar a dependência do doente e o cuidado ainda está atrelado a particularidades subjetivas que são construídas no contexto familiar e social (MORAES E SILVA; ACKER 2007). O presente estudo revela a importância da assistência de enfermagem para os pacientes com doença crônica, principalmente os que estão fora de possibilidades terapêuticas e também para seus familiares. A enfermagem pode auxiliar na adaptação à nova condição em que o paciente se encontra. O diálogo faz parte do ato de cuidar e é extremamente necessário para que o profissional possa trocar informações com o paciente a respeito da evolução da doença, da maneira como o tratamento irá continuar, pois o paciente é sujeito do seu processo de adoecimento, mesmo que a morte esteja próxima. No Brasil, iniciativas isoladas e discussões a respeito dos cuidados paliativos são encontradas desde os anos 70, contudo, foi nos anos 90 que começaram a aparecer os primeiros serviços organizados, ainda de forma experimental. Atualmente, o papel dos paliativistas é respeitado e reconhecido pela equipe multiprofissional, pois o paciente que tem a oportunidade de receber esse tipo de cuidado apresenta melhoras físicas, emocionais e psicológicas em relação aos demais. Alguns dos princípios dos cuidados paliativos são fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes, reafirmar vida e a morte como processos naturais e usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes. Nesse sentido, os pontos fundamentais que devem ser considerados no tratamento são compreender o paciente e sua família, bem como os sintomas devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas e intervenções, as decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitos sempre com base em princípios éticos. O papel da assistência de enfermagem ficou claro na maioria dos estudos, mesmo que na prática essa meta não seja facilmente atingida e o trabalho seja mais complicado quando o paciente está em estágio avançado da doença. Evidencia-se que a equipe de enfermagem vem preocupando-se em aprimorar a sua assistência aos pacientes na doença terminal, onde os cuidados paliativos podem ajudar de forma bastante significativa, minimizando os sofrimentos. **Conclusão:** As demandas da sociedade moderna, com a crescente urbanização criam condições para que haja um aumento na expectativa de vida. Nesse sentido, quando o paciente está em fase terminal, os

profissionais de saúde precisam recorrer à métodos terapêuticos para proporcionar, independente da situação, uma melhor qualidade de vida ao paciente, sendo que uma das alternativas pode ser os cuidados paliativos. Dessa forma, a enfermagem deve lutar para que a vida seja mantida com qualidade, com respeito ao doente e seus familiares e que possa colaborar para uma morte com dignidade, introduzindo ao seu cotidiano de cuidados palavras que denotem compaixão, dedicação e humildade para ajudar o paciente de maneira adequada. É importante ressaltar que não se deve centralizar a atenção somente no físico, mas também incluir a dimensão psicológica, emocional e social, prestando assistência também aos familiares, na concepção de que paciente e família são uma unidade de cuidados.

Referências

SIMON, M; SANTOS, M.L. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. Psicol. USP, v. 14, n. 2, 2003.

PESSINI L; BERTACHINI L. Humanização e cuidados paliativos. Edunisc-Edições Loyola, São Paulo, 2004, 319 p.

MORAES E SILVA; C.A, ACKER J.I.B.V. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 2, p. 150-4, 2007.

103 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA E OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfermeira pediatra. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

SILVEIRA, Andressa da
(Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda do PPGENF da UFSM. Bolsista REUNI)

NEVES, Aline Tatsch
(Acadêmica do 2° semestre de enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria - FISMA. E-mail: alinetneves@gmail.com)

SANTOS, Raíssa Passos dos
(Acadêmica do 3° semestre de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

Descritores: Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Políticas Públicas.

Introdução: Políticas públicas são ações e diretrizes desenvolvidas pelo estado a fim de estruturar princípios norteadores de bem estar da sociedade. A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno tem por objetivo elaborar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de 0 a 10 anos de idade. Suas linhas de ação prioritárias estão relacionadas com o compromisso do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2011a). Cabe a Área Técnica discutir, propor e apoiar a implantação de estratégias nos Estados e Municípios que reduzam a mortalidade de crianças, em especial a infantil e a neonatal, e promovam a saúde integral da criança. Dentre estas políticas destaca-se o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que foi lançado em 2004, tendo por base as prioridades de saúde do governo e os princípios norteadores do Sistema único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2010). O Pacto prevê a promoção da melhoria da atenção obstétrica e neonatal e objetiva, entre outros, a promoção e o monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e neonatal. Tais ações incluem a mobilização e a participação de gestores das esferas Federal, Estadual e Municipal e da sociedade civil organizada em um amplo diálogo social. Esta iniciativa foi considerada pela Organização das Nações Unidas (ONU) um modelo de mobilização social e diálogo para a promoção dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (BRASIL, 2011a). Assim, considerando-se as políticas públicas da saúde da criança, objetivou-se buscar na literatura do Ministério da Saúde as medidas em curso para redução da mortalidade infantil. **Materiais e Método:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida nos sites do Ministério da Saúde no período compreendido entre os meses de fevereiro e março de 2011. Foram localizados 13 documentos oficiais que tratam da temática. Dentre estes foram selecionados cinco para análise: Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; Relatório Nacional de Acompanhamento da Presidência da República; Pacto Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal; Ações Mobilizadoras do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal; Ações de Vigilância do Óbito Infantil; Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis. Para análise foi utilizada a análise de conteúdo. **Resultados e Discussão**: Os objetivos do milênio foram definidos durante reunião da Cúpula do Milênio, realizada em Nova Iorque em 2000, quando líderes de 189 nações oficializaram um pacto para tornar o mundo mais solidário e mais justo até 2015

(BRASIL, 2011b). O sucesso deste compromisso será possível pela adoção de oito iniciativas, conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. São elas: erradicar a extrema pobreza e a fome; educação básica de qualidade para todos; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade infantil; melhorar a saúde das gestantes; combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer parcerias para o desenvolvimento. Na meta definida para este ODM, a taxa de mortalidade na infância deve ser reduzida para 17,9 óbitos para cada mil nascidos vivos N/V até 2015. Em 2008, a taxa de mortalidade na infância no Brasil era 22,8 óbitos por mil N/V, com redução consistente em todas as regiões do país nos últimos anos. Desde 1990, ano-base para comparação do avanço dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), até 2008, a redução nacional média foi de 58%, com diferenças regionais: 62% na região Nordeste, 57% na região Sul, 55% na região Sudeste e 53% nas regiões Norte e Centro-Oeste. Tendo em vista os níveis elevados da mortalidade nas regiões norte e nordeste o governo assumiu um compromisso para a redução das desigualdades regionais: redução do analfabetismo, erradicação do sub-registro civil, fortalecimento da agricultura familiar e redução da mortalidade infantil na Amazônia Legal e Região Nordeste (BRASIL, 2011c). A meta é reduzir ao menos 5% ao ano a mortalidade infantil nos 17 estados dessas regiões. Em linhas gerais, o plano contempla 19 ações distribuídas em seis eixos de intervenção: (1) qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido; (2) educação em saúde; (3) gestão da informação; (4) vigilância do óbito infantil e neonatal; (5) fortalecimento do controle social, mobilização social e comunicação; e (6) produção de conhecimento e pesquisas. Entre as ações estão a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, a ampliação do número de leitos de UCI e UTI neonatal, ampliação da Rede de Banco de Leite Humano, ampliação da Rede de Hospitais Amigo da Criança e capacitação das equipes das maternidades no Método Canguru. Ainda, o Ministério da Saúde vem construindo desde 2008 uma política integrada de promoção e atenção no campo materno-infantil (especialmente a população de zero a cinco anos) denominada Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis – Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional. Esta objetiva garantir a todos os brasileiros qualidade de vida desde os seus primórdios, estimulando suas competências e habilidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais. Estima-se que, se persistir a tendência de redução atual, o Brasil atingirá a meta antes do prazo. A constatação de que o Brasil está no caminho para alcançar a meta é corroborada por uma avaliação dos ODM em 68 países prioritários, realizada em 2008. Essa avaliação demonstrou que o Brasil exibe a segunda maior redução da mortalidade na infância entre as nações analisadas, e que é um dos 16 países com condições para atingir a meta proposta Mantendo para a mortalidade infantil a mesma meta de redução da mortalidade na infância, ou seja, uma redução de dois terços entre 1990 e 2015, a meta a ser alcançada é de 15,7 óbitos infantis por mil NV no Brasil. (BRASIL, 2011c). **Considerações finais:** Assim, foram identificadas diversas ações e estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde que tratam da redução da mortalidade infantil no Brasil. Estas incluem uma rede articulada de ações que focalizam a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, aleitamento materno e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. A região norte e nordeste tem atenção especial devido aos maiores índices estarem localizados nesta região. A OMS acompanha e incentiva tais ações por meio das ODM que auxiliam os investimentos no Brasil. As ODM somam esforços para qualificar as ações e trazer mais qualidade de vida a primeira infância. Por fim, destaca-se a importância do conhecimento de tais políticas para os trabalhadores da área da saúde, pois se sabe que este trabalho é árduo e somente com o esforço e união de todos os seguimentos da sociedade será possível minimizar os fatores que interferem na mortalidade infantil.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583> Acesso em março de 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35176>. Acesso em: março de 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35176> Acesso em: fevereiro de 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **SUS.** Disponível em: <www.datasus.gov.br> Acesso em março de 2010.

104 PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE CRACK EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

SCHMIDT, Airton Luis
(Enfermeiro, Graduado pela Faculdade de Enfermagem da Sociedade Educacional Três de Maio – SETREM)

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi
(Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. Orientadora)

TERRA, Marlene Gomes
(Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Co-orientadora. Relatora. E-mail: martesm@hotmail.com)

PADOIN, Stela Maris de Mello
(Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento e Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM)

Descritores: Usuários de Drogas; Cuidados de Enfermagem; Hospitalização.

Introdução. O uso do *crack* vem aumentando muito nos últimos anos, tornando-se uma grande preocupação e um problema de saúde pública, trazendo prejuízos aos usuários, a família e a comunidade em geral. Existem inúmeras preocupações em relação ao tema, que incluem desafios para profissionais de saúde na abordagem ao usuário, como o uso cada vez maior entre crianças e adolescentes; as dificuldades de tratamento e as medidas de prevenção, bem como o aumento da criminalidade, desafiando os órgãos públicos e o governo que tentam reverter à situação, e a comunidade em geral que espera soluções definitivas e concretas. Segundo dados do Ministério da Saúde em 2005, estimavam-se em 380 mil usuários e dependentes de *crack* no Brasil, chegando hoje a 600 mil usuários. O *crack* apareceu no mercado brasileiro de forma progressiva, de fácil acesso e preço baixo, causando dependência e danos físicos rapidamente, acometendo todas as classes sociais, principalmente pessoas mais vulneráveis como populações de rua, crianças e adolescentes (BRASIL, 2010). O aumento do consumo de drogas reflete diretamente nos serviços de saúde, que necessitam se adequar para atender o aumento da demanda por tratamentos. Pode-se observar que nos últimos anos, tem aumentado o número de leitos nos hospitais para tratamento e reabilitação dos dependentes químicos, mostrando que há uma crescente preocupação em relação ao assunto. No entanto, é necessário ressaltar que a qualificação e instrumentalização dos profissionais de enfermagem para prestar assistência a essa população não cresce no mesmo ritmo que a demanda, o que acarreta diversas dificuldades no atendimento, já que os profissionais não se sentem suficientemente preparados para tanto. **Objetivo.** Conhecer a percepção dos usuários de *crack* em relação à assistência de enfermagem prestada na internação hospitalar. **Metodologia.** Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, desenvolvida em unidade de internação hospitalar de uma instituição de médio porte localizada na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, credenciada pelo Sistema Único de Saúde a prestar assistência aos usuários de drogas. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista, com formulário estruturado, junto a oito usuários de *crack* internados. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para análise integral dos dados e obtenção de resultados. A análise dos dados ocorreu por meio da análise de conteúdo temática descrita por Minayo (2004). O protocolo do projeto de pesquisa foi previamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade

Federal de Santa Maria sendo aprovado pelo Parecer Nº 0.226.0.243.000-10. **Resultados.** A assistência de enfermagem é aqui interpretada como cuidado, sendo esse termo exposto por Boff (2004) como uma atitude que se opõe ao descuido e ao descaso, abrangendo um momento de atenção, zelo e desvelo, representando uma atitude de ocupação, responsabilização, preocupação e envolvimento afetivo com o outro. Sendo o cuidado o objeto da enfermagem, ele ocorre sempre para e com alguém, abordando a saúde de forma integral, o psicobiológico, o social, o espiritual e o político ligados e inseparáveis, englobando o processo de saúde, adoecimento, empobrecimento, invalidez, buscando promover, recuperar e manter a dignidade humana (WALDOW, 2005). A maior parte dos participantes desta pesquisa respondeu que é bem atendida, pois o pessoal da enfermagem está sempre cuidando dos pacientes. Dentre as atitudes de cuidado destacadas encontram-se atenção, apoio e dedicação. O trabalho realizado pela enfermagem é referido como excelente, sendo ressaltado por um participante que se pode perceber que a enfermagem quer muito ajudar as pessoas. Com os relatos percebe-se que os usuários gostam e valorizam o trabalho da enfermagem, considerando ainda muitas peculiaridades desses profissionais. Waldow (2005) expressa que o cuidado humano tem relação com o cuidar pessoal ou privado, incluindo relações de cuidar ou de cuidado natural. Essas relações de cuidado distinguem-se dos comportamentos de cuidar, tais como confiança, respeito, consideração, atenção e interesse enaltecendo seus valores no ambiente de cuidado. Nesse mesmo sentido, o cuidado humano consiste em envolvimento, compromisso, responsabilidade, em uma forma de viver, de ser, expressar tendo uma postura ética e estética frente ao mundo, contribuindo com o bem estar e a promoção das potencialidades da dignidade humana e espiritual, preservando a natureza e contribuindo na construção da história da vida. Nos relatos também foi possível perceber a gratidão pelo cuidado recebido e o carinho dispensado pelos profissionais, sendo que um dos participantes refere que a enfermagem acaba sendo a família dele dentro do hospital. A partir desse relato percebe-se que muitos usuários sentem falta da família, não tendo muitas vezes o apoio necessário que é indispensável no tratamento. Enfatiza-se que para prestar um cuidado integral e humanizado é imprescindível uma abordagem global, situando as pessoas num contexto de vida, tentando compreendê-las em relação às suas necessidades reais e específicas. **Conclusão.** Inúmeros avanços foram realizados no tratamento e prevenção do *crack*, dentre eles, aumento do número de leitos pelo Sistema Único de Saúde para recuperação de dependentes, criação de Centros de Atenção Psicossocial, vagas para dependentes químicos em fazendas terapêuticas, e muitas medidas preventivas para a não iniciação com as drogas. No entanto, muito ainda se tem a avançar no tratamento dos usuários de *crack* buscando um trabalho multiprofissional com intervenções que visem o retorno ao seu estado sadio na sociedade. Conclui-se com o estudo que os profissionais da saúde que trabalham com dependentes químicos, necessitam de qualificação visando desenvolver programas de prevenção relacionados às políticas de saúde que abordam essa questão. É indispensável também que as políticas públicas e medidas de prevenção das drogas estejam relacionadas e envolvam a atenção básica, instituições de educação, a família e a sociedade. Sugere-se que o tema seja amplamente abordado na formação em Enfermagem, tanto no ensino quanto na pesquisa, instrumentalizando os futuros profissionais para que estejam mais preparados a trabalhar com essa população. Percebe-se que muitos profissionais ainda se esquivam de atender os usuários de drogas, tratando-os superficialmente e até preconceituosamente. Com uma qualificação na formação esse quadro poderia ser outro, já que, devidamente qualificados os profissionais poderiam prestar uma assistência mais integral e resolutiva. Benseñor (2010) ressalta que o profissional da saúde prefere não trabalhar com pacientes usuários de drogas, por não ser gratificante e existir temor e dificuldades durante os tratamentos. Existe, pois uma qualificação deficitária na formação dos profissionais. Acredita-se que o estudo

possa auxiliar a conhecer melhor o problema do uso de *crack*, bem como propicie ferramentas para assistência de enfermagem aos usuários.

Referências

BENSEÑOR, I. M. Dependência de substâncias psicoativas no currículo médico. In: SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas.** 2º ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 1161-65.

BOFF, L. **saber cuidar:** ética do humano, compaixão pela terra. 11ª ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde irá dobrar leitos de internação para usuários de crack e outras drogas.** Brasília, 2010. Disponível em : <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicaçoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11327>. Acesso em 10 de nov. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2004.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, o outro e os cosmos. 2ª ed. Petrópolis RJ: Vozes, 2005.

105 FAMÍLIA E ENFERMAGEM COMO BASE DE APOIO A PESSOA NO PROCESSO DE MORTE: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS

MARTINS, Mayani Suertegaray[1]
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem. Email: mayani_suertegaray@hotmail.com)

SANTOS, Naiana Oliveira dos[2]
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira[3]
(Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

DEBUS, Paula dos Santos[1]
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

KINALSKI, Daniela Dal Forno[1]
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

MARTELLO, Naiashy Vanuzi[1]
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrantes do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Descritores: Enfermagem**,** Percepção, Morte

Introdução: A finitude, ancorada na imagem da morte, desperta emoções e sentimentos compreendidos de formas diferentes pelos pacientes. Dentre esses se destaca o medo, a solidão, a raiva e a revolta. Nenhum processo vital é capaz de suscitar nos indivíduos mais pensamentos dirigidos pela emoção e mais reações emocionais naqueles à sua volta do que o processo de morrer e morte(1). Aparecem nesse cenário, a família e a enfermagem como base de apoio, além dos aspectos sociais, físicos, psicológicos e culturais, que formam o conceito individualizado de morte e a reação à mesma. O homem não tende a encarar abertamente seu fim de vida na terra, só eventualmente e com certo temor é que lançará um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte (2). Uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença. A temática morte ainda parece ser um tabu na sociedade, e está corriqueiramente ligada a doenças como o câncer, sendo essa imagem de iminência da morte frente a uma patologia, representações criadas no cotidiano, pela associação da doença ao sofrimento, incapacidade e fim da vida; por depoimentos de pessoas que testemunharam as conseqüências mais nefastas da doença, ou até mesmo pelos meios de comunicação. **Objetivos:** Conhecer, por meio de uma revisão na literatura, como os profissionais da área da saúde percebem o modo como o paciente em situação de terminalidade vivencia o processo de morte. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão teórica, entendida como uma síntese de estudos produzidos por outras pessoas em relação ao tema, descrevendo a evolução do conhecimento e os confrontando com outros autores, a qual foi realizada por meio de levantamento bibliográfico junto às bases de dados da BDENF, LILACS e SciELO. Esta etapa foi desenvolvida no mês de março de 2011, utilizando-se os termos paciente, percepção e morte. A partir das 51

publicações encontradas elegeram-se, intencionalmente, após a leitura dos títulos e dos resumos, aquelas que abordavam a perspectiva do processo de morte na ótica dos profissionais da saúde e familiares. Para isso, selecionaram-se os textos de interesse para a presente reflexão, baseados nos seguintes critérios de inclusão: artigos completos e disponíveis *online* em língua portuguesa. Nesse sentido, selecionaram-se oito trabalhos. Para organizar os dados, foi elaborado um instrumento com roteiro sistematizado contendo: abordagem do estudo, ano de publicação, objetivos e resultados dos estudos. A análise desses dados é apresentada de modo descritivo-reflexivo. **Resultados:** Quanto à abordagem dos estudos selecionado destaca-se que os oito são de natureza qualitativa, sendo um deles uma revisão não sistemática de literatura. O período de publicações corresponde a um período de dez anos (1999 a 2009). Verifica-se que entre os anos de 2006 e 2009 houve um predomínio de produção, com sete artigos publicados e, no período anterior, de 1999 a 2006, foram publicados somente dois artigos relativos ao tema da morte. Dentre os periódicos em que os estudos forma publicados, destaca-se os da área da enfermagem e da psicologia, sendo que a formação dos autores corresponde a esse universo profissional, respectivamente. Os estudos centralizam seus objetivos na análise das percepções dos profissionais e familiares sobre o modo como os pacientes percebem o processo morte. Para alcançar o objetivo proposto, os autores lançaram mão de entrevistas, com médicos, enfermeiros, cuidadores ou/e familiares e os próprios pacientes. As investigações apontam como resultados, temas relacionados as concepção de morte e aos aspectos subjetivos que envolvem o processo de morte, de acordo com o estágio do ciclo vital em que a pessoa se encontra, com a cultura, a formação educacional, socioeconômica e o gênero. Neste contexto de agravamento da doença e ameaça de morte iminente, a família e a enfermagem, são percebidas como base de apoio, e a última, também como fonte suporte emocional para a unidade familiar. A palavra medo foi o principal sentimento constatado nas investigações realizadas com relação à morte, já que a mesma representa a impotência, o sofrimento e a perda. O curso de uma doença terminal é um processo doloroso decorrente das limitações progressivas na vida diária do enfermo. Percebe-se, nos estudos, que uma boa relação de contato e afeto familiar é percebida como promotora de "estabilização" no tratamento, podendo contribuir na redução da angústia e no aumento da confiança na equipe. Cabe destacar que as várias facetas do medo da morte estão relacionadas com as atitudes das pessoas diante dela[3]. O medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama, o medo do desconhecido, o medo da interrupção de planos e sonhos, o medo do que pode acontecer aos que ficam, e numa visão espiritual, medo do julgamento de seus atos em vida. Muitos desses fatores intrínsecos são formulados por aspectos sociais, como as vivências e experiências ao longo da vida[4]. Na perspectiva de apoiar a pessoa doente a amenizar o sofrimento e a lidar com a situação que está vivendo os estudam destacam o papel da família e da enfermagem. A família pode ajudar na retomada da identidade do paciente; a enfermagem aparece como capaz de oferecer, além dos cuidados e de conforto fiscos, suporte emocional por meio da comunicação, dialogando, elucidando dúvidas e, principalmente, favorecendo momentos de escuta sensível[5]. Os estudos também apontam as lágrimas como a principal manifestação de dor física e emocional dos pacientes, sendo que, muitas vezes, os sentimentos podem ser percebidos por meio de expressões faciais, de alterações de sinais vitais e da agitação, já que muitos não encontram-se lúcidos. **Conclusão**: Consta-se, através do estudo realizado, a necessidade de continuar investigando acerca do tema aqui explorado, pois, a percepção sobre a morte torna-se diferente em cada fase da vida, sendo vivida de modo muito singular por cada pessoa. Embora os estudos refiram-se ao modo como os profissionais e familiares percebem o processo de morte vivenciado por aqueles com quem interagem, resultados mostram que esta é uma estratégia importante para a aproximação e apreensão das percepções e dos sentimentos daquele que vivem o processo de morte. Nesta perspectiva, pode-se abstrair que a vivência é percebida de modo individual e particular e que, no processo de

terminalidade, ocorre o confronto da esperança de viver, a revolta em aceitar a morte como desfecho e aceitação propriamente dita, sendo esta trajetória permeada por emoções que remetem, ao tomar consciência da possibilidade da própria morte, a revisão de prioridades e retomada de valores existenciais. Assim, considerando que a família e a enfermagem são apontadas nos estudos como a base de apoio para o paciente em situação de terminalidade, é necessário que os enfermeiros, além de conhecimentos técnico-científicos, tenham sensibilidade para empreender um relacionamento interpessoal de valorização da pessoa humana contribuindo, em conseqüência, para a humanização dos cuidados a pessoas fora de possibilidades terapêuticas. Por outro lado, pode-se perceber nos trabalhos analisados que a maioria dos profissionais refere dificuldades e a ausência de suporte adequado no ambiente de trabalho para lidar com as questões relativas ao processo de morte. Nesse sentido, para se aproximar da finitude do outro, os profissionais precisam, também, analisar, compreender e redimensionar a sua própria significação do seja esta etapa do ciclo de vida.

Referências

1. Bowen M. A reação da família à morte. In: Walsh F, McGoldrick M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.

2. Moraes MC. O paciente oncológico, o psicólogo e o hospital. In: Carvalho, MMM. (Org.), Introdução à Psiconcologia, p.. 57-64. Campinas: Livro Pleno, 2002.

3. Kovács MJ. Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

4. Dóro MP, Pasquin R, Medeiros CR, Bitencourt, MA, Moura, GL. O câncer e sua representação simbólica**.** Psicologia Ciência e Profissão, 24(2), 120-134, 2004.

5. Rosa AF, Lunardi VL, Barlem ED, Lunardi Filho, WD. Percepções das enfermeiras frente aos sentimentos de quem vivencia o processo de morrer de morte. Ciência, Cuidado e Saúde, 5(2), 204-211, 2006.

106 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A CRIANÇAS ONCOLÓGICAS INTRODUÇÃO

LEAL, Karine Poerschke
(Acadêmica de Enfermagem UFSM.Bolsita FIPE.Integrante do grupo de pesquisa "Stress, coping e burnout")

OLIVEIRA, Betimeire N.B. de
(Acadêmica de Enfermagem UFSM.Integrante do GELP E-mail: betynbo@hotmail.com)

SILVEIRA, Andressa da
(Mestranda de Enfermagem UFSM)

SOCCOL, Keity Laís Siepmann
(Acadêmica de Enfermagm UFSM. Bolsista FIEX.Integrante do grupo de pesquisa PEFAS)

NEVES, Eliane Tatsch
(Profª Enfª Drª da UFSM)

Descritores: Assistência; Criança; Oncológica.

Introdução: O câncer é o resultado do crescimento rápido e desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar (metástase) para outras regiões do corpo. Estas células quando agressivas e incontroláveis formam os tumores (células cancerosas) ou as neoplasias malignas (INCA, 2010). As causas para o desenvolvimento do câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo. As causas externas se relacionam ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são geralmente, geneticamente pré-determinadas, estando ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas (INCA, 2010). Partindo do ponto de vista de que o câncer infantil é uma doença crônica, que muitas vezes necessita de tratamento longo, invasivo e doloroso, estudos objetivam "simplificar" o tratamento através de avanços terapêuticos que possibilitam sua realização a nível ambulatorial. No entanto, alguns trabalhos trazem que este se mostra tão desgastante e cansativo quanto a hospitalização (LACAZ, 2000). O progressivo aumento do numero de casos de câncer infantil no Brasil tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde para a realização de pesquisas que aperfeiçoam e contribuam para uma assistência de qualidade para essa clientela e seus familiares (OLIVEIRA; COSTA; NÓBREGA, 2006). A oncologia infantil representa um grande desafio para toda a equipe de saúde. Tanto é que a especialização de enfermeiras na atenção a essa enfermidade tem permitido um grande avanço nos resultados de qualidade de vida e de sobrevida desses pacientes (SANTOS, 2009). Segundo Lima (1990), antigamente a hospitalização era a indicação mais frequente na assistência à criança oncológica, entretanto, atualmente, há um grande enfoque para a desospitalização, o que viabilizada dar continuidade ao tratamento através do seguimento ambulatorial e /ou assistência domiciliar. A enfermagem, como promotora direta e essencial do cuidado na assistência à saúde, deve ser munida de sensibilidade na sua atuação nos procedimentos técnicos e invasivos, pois o resultado destes irá variar conforme as especificidades de cada criança, estadiamento da patologia, prognóstico e o tempo de tratamento. O cuidado de enfermagem à criança oncológica tem por finalidade, além da assistência física, minimizar o estresse e a angustia causados pela doença. Assim, para que a assistência prestada à criança oncológica hospitalizada proceda de forma eficiente, é necessário que o profissional transmita

segurança à criança e sua família em qualquer momento, seja na realização de procedimentos, na orientação ou no apoio emocional. **Ojetivos:** Este estudo tem por objetivo identificar na literatura científica como ocorre a assistência de enfermagem às crianças oncológicas. **Metodologia:** O presente trabalho foi realizado utilizando-se da busca de literaturas em bases de dados com o intuito de verificar como se dá a assistência a crianças oncológicas. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos, teses e dissertações encontrados na literatura científica que apresentaram adequação com a temática**,** em português, inglês e espanhol, sem delimitação temporal e indexados nas seguintes bases de dados: BDENF (Base de Dados de Enfermagem) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A busca se deu através da associação entre as palavras-chaves: assistência, criança, oncológica. Critérios de exclusão: trabalhos que apresentassem inadequação ao tema e que aparecessem em duplicidade. Esta revisão de literatura realizada em base de dados resultou do processo levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhido, permitindo assim realizar um mapeamento através de um quadro e fazer uma estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. **Resultados e discussões:** Constatou-se no presente estudo, segundo o quadro sinóptico, que as pesquisas abordam principalmente a problemática da equipe em se capacitar e instrumentalizar para proporcionar esses meios de enfrentamento, seja tanto no âmbito biologicista como no equilíbrio emocional da criança e sua família e a problemática da família, no contexto de seu empoderamento para lidar com a doença. A análise que abrangeu 22 pesquisas compatíveis aos critérios do tema proposto, verificou, entre essas, 10 estudos que focalizaram a equipe de enfermagem e a assistência prestada à criança e família, outros 5 que ponderaram a família e suas necessidades fisiológicas e psicossociais, e, finalmente, 7 publicações que trataram aspectos diversos, tanto relacionados aos processos biológicos da patologia , como as percepções da criança frente ao enfrentamento da doença. Se o diagnóstico do câncer é um momento extremamente difícil e delicado para qualquer pessoa capaz de entender o significado da doença e as alterações que o tratamento para a mesma acarreta, imagine para uma criança que não entende ao certo o que isso significa e, que apenas consegue se ver diferente das demais. As mudanças não são apenas físicas, pois altera também o estilo de vida que esta criança e essa família levam e os impactos que a doença causa na vida das pessoas que cuidam dessas crianças, os chamados cuidadores. Estes cuidadores, na maioria das vezes são pessoas muito próximas às crianças, geralmente, suas mães que deixam as próprias vidas de lado para viverem a doença do (a) filho(a). Segundo Lima (1990), as dificuldades enfrentadas pelos pais enquanto seus filhos estão internados para tratamento oncológico, foram: alterações no cotidiano familiar, comunicação deficiente, alteração da auto-imagem corporal e reações adversas à quimioterapia. Nesse contexto, surge a necessidade de alterações/modificações nas estruturas organizacionais hospitalares de forma a permitir momentos em que estes cuidadores se sintam cuidados, amparados e instrumentalizados para dar continuidade ao desenvolvimento da arte do cuidar. Ressalta-se a importância da assistência de enfermagem não somente para cuidar do tratamento clínico da patologia, mas para auxiliar nesse momento de fragilidade. Para uma assistência de enfermagem mais integrativa e humanizada, os enfermeiros devem empregam estratégias, dentre elas a de permanência de familiar junto a criança e o manuseio de brinquedos, como terapia para expressarem seus sentimentos de forma mais lúdica, e para estabelecer um elo de confiança junto aos demais profissionais e diante disso, minimizar os traumas, melhorar a aceitação dos procedimentos anestésico-cirúrgicos e tornar mais efetiva e eficiente a interação com a clientela infantil. Nesse contexto, Lacaz (2000) afirma que é de extrema importância que a criança oncológica tenha um espaço para brincar e se distrair, além de expressar seus medos e angústias. Este ambiente chamado de brinquedoteca é um espaço onde a criança pode se desenvolver, além de ser um momento também em que se pode ajudar a criança a entender o que está acontecendo com

ela. Constata-se que o atender crianças com câncer que estão em tratamento paliativo é um processo carregado de sentimentos conflituosos para os trabalhadores de enfermagem, e que estes cuidados estão centrados para promover o alívio da dor e dos sinais e sintomas da doença, além de atender a todas as necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais da criança e da família. O cuidado paliativo deve ser implantando em todas as unidades de pediatria, já que é uma necessidade oferecer uma atenção qualificada às crianças e suas famílias quando não há probabilidade de melhora. Santos (2009), relata que a capacidade da assistência de enfermagem é fundamental para o desenrolar das frequentes complicações que se apresentam diariamente durante os tratamentos. Destina-se atenção desde a preparação da medicação (quimioterápica) até os simples cuidados com a pele e mucosas até o acompanhamento durante as etapas mais avançadas da doença oncológica. **Principais conclusões:** Frente ao exposto, salienta-se que tão importante quanto o tratamento do câncer propriamente dito, esse que envolve conhecimento e instrumentalização física e material, voltado à plenitude dos aspectos fisiológicos da patologia, é a atenção disponibilizada aos aspectos sociais da doença, uma vez que a criança doente deve receber atenção integral, inseridos no seu contexto familiar. A cura não deve se limitar à recuperação biológica, mas também ao bem-estar e à qualidade de vida desse paciente. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de suporte psicossocial ao paciente e a sua família, o que envolve o comprometimento da equipe multiprofissional capacitada e instrumentalizada e a relação com diferentes setores da sociedade, envolvidos no apoio às famílias e à saúde de crianças oncológicas. Neste contexto recomenda-se que desde a formação acadêmica até os serviços de saúde que sejam capacitados e profissionais que sejam comprometidos no caráter humanístico, no "saber cuidar" e na "escuta sensível", aspectos esses que desvelam a subjetividade do paciente, revelando os seus anseios e angústias, no intuito primordial de proporcionar qualidade de vida mesmo nos cuidados paliativos ao ser humano. A enfermagem vem no limiar das transformações de uma época quebrar os tabus do distanciamento e do isolamento social de pacientes portadores de cuidados especiais, assim como as crianças oncológicas, promovendo e sensibilizando a arte de cuidar, envolvendo a família, a sociedade e outros profissionais de saúde na promoção efetiva da assistência. "É o homem aprendendo a humanizar, e a vida ensinando a viver, dignamente."

Referências

LACAZ, C. P. da C. A enfermagem e o cuidar de crianças com câncer: uma jornada pelo simbólico a partir da realidade vivenciada pelo universo familiar. **Rio de Janeiro**; s.n; maio2000. 133 p.ilus.

LIMA, R. A. G. de. O processo de trabalho da enfermagem na assistência à criança com câncer: análise das transformações em um hospital-escola. **Ribeirão Preto**; s.n; 1990. 124 p. tab.

LIMA, R.A.G. de; SCOCHI, C.G.S.; KAMADA, I; ROCHA, S.M.M. Assistência à criança com câncer: alguns elementos para a análise do processo de trabalho. **Rev. Esc, Enferm**. USP; 30(1):14-24, abr. 196.tab.

OLIVEIRA, N.F.S. de; COSTA, S.F.G. da; NÓBREGA, M.M.L. da. Diálogo vivido entre enfermeira e mães de crianças com câncer. **Rev. eletrônica enferm**; 8(!):99-107,2006.

SANTOS, R. dos. O significado da ação educativa na consulta de enfermagem no ambulatório de quimioterapia infantil: perspectiva dos familiares. **Rio de Janeiro**; s.n; jul. 2009. [100] p. ilus, tab, Graf. http://www.inca.gov.br Acessado em 04/12/2010.

107 O OLHAR DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA VIVÊNCIA FAMILIAR COM USUÁRIO DE *CRACK*

GOMES, Tais Falcão
(Acadêmica do 3ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: taissfg@gmail.com)

BRUM, Dyan Jamilles Teixeira
(Acadêmica do 3ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Bolsista do Programa de Ensino Tutorial - PET/Enfermagem/UFSM)

ROSSO, Laís Fuzer
(Acadêmica do 3ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Cientifica - PIBIC/CNPq)

GARCIA, Raquel Pötter
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do PPGEnf da UFSM)

SCHIMITH, Maria Denise
(Professora Orientadora. Enfermeira. Doutoranda de Enfermagem pelo Doutorado Interinstitucional - DINTER/UNIFESP/EEAA/UFSM)

WEILLER, Teresinha Heck

Descritores: Enfermagem; Cocaína *crack*; Drogas ilícitas.

Introdução: As questões relacionadas ao *crack* permeiam discussões e provocam cada vez mais preocupações nas esferas sociais, caracterizando um importante problema de saúde pública no Brasil. Os dados do Ministério da Saúde (2009) comprovam que em 2001 o consumo de *crack* entre os homens era de 0,7%; já em 2005, houve o aumento de 1,5% do consumo. O *crack* é uma forma potente de cocaína que resulta em rápida absorção pelo organismo quando inalado. A euforia ocorre dez segundos após a inalação, com o pico de cocaína entre 5 e 10 minutos depois (KLEBER e GAWIN, 1984 apud FERRI et al, 1997). Esses números estão associados invariavelmente com a velocidade de deterioração da vida mental, orgânica e social do indivíduo que faz uso desse tipo de substâncias. (KESSLER e PECHANSKY, 2008). Os problemas do uso de crack são tão acentuados que expõem não somente a fragilidade do indivíduo como a fragilidade das redes de assistência que na sua grande maioria não estão suficientemente preparadas de forma a atender a demanda que já ultrapassa o número de leitos disponíveis. Assim, a qualidade do atendimento fica prejudicada, caracterizando a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, o governo federal aprovou o decreto número 7.179 de 20 de maio de 2010 que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, e criou o seu Comitê Gestor, e da outras providências com vistas a prevenção do uso de *crack*, ao tratamento e a reinserção social de usuários, bem como o enfrentamento do tráfico de *crack* e outras drogas ilícitas. Com essa medida o governo visa criar estratégias efetivas para ampliar o combate ao *crack* por meio do elo entre governo, serviços de saúde e sociedade. Diante disso, detecta-se a necessidade das profissões da área da saúde suscitarem debates e reflexões acerca dessa nova realidade que se apresenta nos serviços de saúde e mais especificamente a Enfermagem, uma vez que se caracteriza por ser uma profissão de contato mais direto com os indivíduos nos atendimentos. **Objetivos:** O objetivo desse estudo é relatar as

vivências de acadêmicos de enfermagem quanto às visitas domiciliares (VDs) realizadas a uma família sob o contexto do uso do *crack*. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência baseado nas VDs realizadas por acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em uma comunidade com Estratégia de Saúde da Família, localizada no município de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Esta experiência foi oportunizada pela UFSM em conjunto com a rede básica do município e compõe uma das tarefas da disciplina de Saúde Coletiva I e II do curso de Enfermagem da UFSM. A proposta das disciplinas é que se faça o acompanhamento de uma família por meio de VDs, a fim de conhecer a realidade dos indivíduos e produzir vínculos de afeto e amizade que possam ser úteis para a melhora da qualidade de vida e do auxílio quando necessário. Além disso, as visitas permitem que essas famílias sejam acompanhadas periodicamente, favorecendo o atendimento de suas demandas e sua ligação com a unidade de saúde. Os alunos são divididos em grupos de dois ou três e ficam responsáveis por fazer as visitas mensalmente. As famílias são indicadas pela equipe de saúde da unidade juntamente com o professor responsável pela disciplina e são escolhidas de acordo com suas necessidades. A atividade foi realizada no período de março a dezembro de 2010. **Resultados:** A atividade inicial proposta foi a construção de vínculos através da dinâmica do conhecimento e da interação com a família. O contato obtido na primeira visita teve dualidade de percepções e sentimentos ora pelo afeto e carinho imediato entre os acadêmicos e a família ora pela descoberta da exposição de ter um usuário de *crack* naquele lar. Fato esse que explicava o sofrimento presente no rosto de cada membro da família. Observou-se que o vício é invasivo, agressivo e violento, favorecendo a desestabilização do indivíduo e, sobretudo, da família. Posteriormente, a esse primeiro contato com a família por meio da VD, realizaram-se então outras visitas, nas quais se pode perceber que o indivíduo usuário de *crack* estava afastado do lar há cinco meses o que não impedia que se sentisse a sua presença no cotidiano da família e nas visitas realizadas. Seu retorno se deu algumas semanas antes do término das visitas, no mês de dezembro. Esse retorno foi referido pelos familiares sob a perspectiva de seu mal estado de saúde que era caracterizado por fortes náuseas, vômitos e sintomas gerais de abstinência. O rapaz procurou os serviços da Estratégia de Saúde da Família local e feito os exames foi constatado a presença do bacilo da tuberculose e o vírus do HIV. A internação nesse caso se fazia urgente, conforme indicação médica da unidade, porém improvável pela falta de leitos no município, o que obrigou a equipe a acionar o Ministério Público para assim garantir o atendimento. Como forma de amenizar essa situação, o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras drogas propôs no ano de 2010 dobrar a quantidade de leitos oferecidos aos usuários de droga, bem como dos recursos financeiros para o combate ao *crack*, os quais incluem incentivar a internação em leitos com equipes especializadas (BRASIL, 2010). Conforme o acompanhamento realizado com essa família do estudo, visualiza-se que no município de Santa Maria, a realidade ainda encontra-se fragilizada, uma vez que não há leitos suficientes para a demanda existente, pois o usuário de *crack* aqui relatado antes de conseguir uma internação em leitos especializados, permanece por 2 semanas em uma unidade de Pronto-Atendimento. Ressalta-se que dois dias pós sua transferência para o hospital, o usuário foi a óbito. Visualizou-se a consternação da família diante da perda daquele que era filho, tio e pai. Durante as visitas domiciliares foi observado também que o crack não atinge apenas a residência visitada, mas permeia diversas outras famílias dessa comunidade, o que sugere um redimensionamento das práticas de saúde para com esses moradores através de políticas públicas voltadas para conscientização e educação em saúde. **Conclusão:** Vive-se em uma sociedade violenta e desigual. Muitas vezes, porém, essa violência não atinge a todos diretamente configurando dessa forma diferentes realidades em um mesmo local. Os períodos vivenciados com essa família foram relevantes e essenciais para visualizar as fragilidades que todas as esferas da sociedade tem

referente ao tema do *crack* . Denota-se também a importância de ampliar os leitos de desintoxicação para usuários de *crack,* a fim de proporcionar-lhes um atendimento especializado e com profissionais capacitados para essa demanda emergente na sociedade atual. Além disso, os Centros de Atendimento Psicossocial surgem também como uma possibilidade para a recuperação desses indivíduos junto a sociedade e suas famílias, almejando dessa forma uma assistência plena e que contemple o ser humano nas suas mais diversas formas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas. O crack: como lidar com este grave problema, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1.

BRASIL. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.Brasília, 2010.

KESSLER, F; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Rev.Psiquiatr. RS [*online*]. 2008, v.30, n.2, p.96-98. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf.

KLEBER, H.D, GAWIN, F.H. The spectrum of cocaine abuse and its treatment. J Clin Psychiatry, n.45, p.18-23, 1984 In: FERRI, C.P. et al . Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo [*online*], v. 43, n. 1, mar. 1997 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301997000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr 2011.

108 A COLETA DE DADOS DE TCC E O COMPROMISSO COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

SEIFFERT, Margot Agathe
(Acadêmica do 8° semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; membro do grupo de pesquisa Cuidado, saúde e Enfermagem. E-mail: margotenfer@gmail.com)

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin
(Enfermeira. Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; membro do grupo de pesquisa Cuidado, saúde e Enfermagem)

GEWEHR, Melissa
(Acadêmica do 6° semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; membro do grupo de pesquisa Cuidado, saúde e Enfermagem)

LEAL, Tifany Colomé
(Acadêmica do 2° semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria; membro do grupo de pesquisa Cuidado, saúde e Enfermagem)

Descritores: Hipertensão; Doença crônica; Educação em saúde.

Introdução: Nas últimas décadas observa-se que o número de pessoas com doenças crônicas não-transmissíveis tem apresentado um aumento significativo, dentre as quais, podemos citar a Hipertensão Arterial (HA). O Brasil possui aproximadamente 17 milhões de pessoas com hipertensão, sendo que 35% dos casos estão presentes na população de 40 anos ou mais (BRASIL, 2006). A mudança no perfil demográfico da população e no estilo de vida das pessoas, nas últimas décadas, considera-se como fatores contribuintes para este aumento. Em relação ao perfil demográfico, atualmente o que se verifica é a inversão da pirâmide etária da população, ou seja, os idosos estão mais numerosos, e em relação ao estilo de vida, verificam-se mudanças sociais. O modo como as pessoas com HA vivenciam esta doença crônica é influenciado por crenças e costumes transmitidos uns aos outros, bem como envolve a concepção de saúde-doença que as mesmas possuem. Então, levar em conta as diferentes práticas socioculturais permite ao profissional de saúde compreender a maneira de pensar e agir dos indivíduos frente aos seus problemas de saúde, facilitando a comunicação entre eles, possibilitando um cuidado coerente e favorecendo as intervenções de saúde (ROSA et al, 2009).A educação em saúde é uma ferramenta de grande importância utilizada pelos profissionais de saúde no controle da pressão arterial e na diminuição dos riscos de complicações decorrentes da HA. Constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2004). **Objetivo:** Relatar a realização de educação em saúde com usuários com HA durante a coleta de dados de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). **Metodologia:** O trabalho trata de um relato de experiência sobre a realização de educação em saúde com usuários com hipertensão durante a coleta de dados para a elaboração do trabalho final do curso de graduação em Enfermagem. O TCC em questão tem por objetivo descrever os saberes e as práticas de cuidado realizadas por usuários com HA acerca desta condição crônica de saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

com o número CAAE 0326.0.243.000-10. A coleta dos dados ocorreu nos meses de fevereiro e março de 2011 utilizando-se como técnica a entrevista semiestruturada. Ao final de cada entrevista foram realizadas orientações educativas, pois emergiram muitas dúvidas e questionamentos durante o processo de coleta de dados por parte dos sujeitos da pesquisa. A pesquisa foi realizada com usuários pertencentes a uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Santa Maria. **Resultados:** As entrevistas foram realizadas com dez pessoas, sendo 9 do sexo feminino e uma do sexo masculino, a idade variou entre 38 e 62 anos. Durante as entrevistas observou-se dúvidas frequentes e questionamentos diversos sobre a HA. Constatou-se, também, com os dados das entrevistas concepções e saberes errados sobre a hipertensão e práticas de cuidado não condizentes com o que é preconizado para o cuidado da HAS, como pode-se verificar nos parágrafos que seguem. A hipercolesterolemia foi mencionada por um participante como não tendo influência na hipertensão. Outro participante referiu não saber, mas associou dizendo que o colesterol está relacionado a gordura e a gordura com a pressão, então o colesterol alto influencia na pressão. Perante as dúvidas, ao final das entrevistas explicou-se que o colesterol alto se não controlado forma placas de gordura nos vasos sanguíneos, diminuindo o espaço por onde o sangue passa, e assim, ocasionando o aumento da pressão arterial. Uma parte dos entrevistados relatou que o mais importante no cuidado a HA é o uso da medicação, sem desconsiderar outros cuidados como alimentação, exercícios físicos. Um entrevistado referiu controlar mais o sal e a gordura na alimentação quando a sua pressão se eleva. Foi esclarecido que o ideal é o que o tratamento medicamentoso seja acompanhado do tratamento não-medicamentoso. A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão, deve ter os teores de sódio diminuídos e ser baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados e quantidade reduzida de gorduras. A prática de atividade física regular é recomendada para pessoas com HA, pois além de diminuir a pressão arterial, pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2006). O uso incorreto da medicação também foi identificado em um dos relatos, onde a participante relatou tomar a medicação dobrada quando esquece, ou seja, quando não lembra de tomar um dia, no dia seguinte toma os comprimidos daquele dia e mais os que havia esquecido no dia anterior. Essa mesma participante relatou já ter sentido tontura durante o período de trabalho. Desse modo, foi explicado a ela que a tontura provavelmente ocorre devido ela tomar uma dose de medicação muito alta, que não está acostumada a tomar e que não adianta usar a medicação dessa maneira, deve procurar algum meio de não esquecer, fixar um horário, carregar os comprimidos na bolsa, deixar algum bilhete em casa. A não aferição da pressão arterial foi outro fator verificado com frequência, independentemente do local de moradia dos entrevistados ser próximo ou distante da USF. Foi esclarecido que a pressão arterial deve ser verificada com frequência, pois serve para avaliar se o tratamento utilizado está sendo eficaz, caso contrário, a medicação deve ser substituída, a dose aumentada e os cuidados com a alimentação, prática de exercícios, entre outros, devem ser redobrados. Constatou-se também em dois relatos a não continuidade do tratamento medicamentoso, sob alegação de não se habituarem a tomar remédio. Um dos participantes relatou não gostar da dependência dos remédios, o outro diz ter parado mesmo sabendo possui um problema que irá acompanhá-lo para o resto da sua vida. Informou-se que a HA é uma doença crônica que uma vez diagnosticada requer cuidados contínuos para o resto da vida e que a pressão normaliza com esses cuidados, tanto a medicação, quanto os cuidados com a alimentação, prática de exercícios físicos, diminuição do uso de tabaco e álcool e não porque a pessoa não tem mais hipertensão. Uma vez abandonados os cuidados, a pressão eleva novamente. A doença crônica é percebida de diferentes formas por cada pessoa, em sua maioria requer uma reaprendizagem corporal, adoção de novos hábitos, de regimes médicos, de novas dietas, envolve a

identificação de sensações diferentes, gera percepções de dependência e perda de autonomia sobre o próprio corpo (CANESQUI, 2007). **Conclusões:** A hipertensão é um doença crônica que requer a adoção de novos hábitos e estilos de vida, e isso implica na autonomia dos sujeitos em administrar suas próprias vidas. A educação em saúde é uma forma utilizada pelos profissionais de saúde para orientar, ouvir, dialogar, trocar saberes, e é imprescindível quando se trata de uma doença que requer cuidados contínuos, como é o caso da hipertensão. Dessa forma, a coleta de dados do TCC contribuiu para que os sujeitos pesquisados pudessem ter mais conhecimento sobre a doença que possuem. Quando um pesquisador vai à campo não deve se preocupar apenas com o seu objetivo de pesquisa, em obter seus dados e sair do campo de pesquisa. Deve ter em mente que os sujeitos pesquisados também possuem expectativas, dúvidas e questionamentos, não devem passar apenas de meros sujeitos de pesquisa. As orientações realizadas puderam somar-se ao conhecimento que as pessoas pesquisadas já possuíam e certamente servirão para que estas sejam cada vez mais protagonistas no cuidado a sua saúde.

Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 39-52, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**: Cadernos de Atenção Básica n° 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em: 15 set. 2010.

CANESQUI, A. M. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2007.

ROSA et al. Família, cultura e práticas de saúde: um estudo bibliométrico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 516-20, 2009. Disponível em: < http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a11.pdf > Acesso em: 15 set. 2010.

109 FORTALECENDO A FORMAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM

SILVA, Marciele Moreira da
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf - da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão. E-mail: enfmarciele@yahoo.com.br)

SILVA, Silvana de Oliveira
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão)

EBLING, Sandra Beatris Diniz
(Enfermeira. Mestranda em Educação pela UNIJUÍ. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão)

Descritores: Educação profissional em saúde pública; Enfermagem; Trabalhadores.

Introdução: A Constituição Federal Brasileira estabelece que saúde é direito de todos e dever do estado. Para atender aos preceitos constitucionais, foi estabelecido como modelo de política de saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), representando um marco na luta pelos direitos de cidadania[1]. Neste contexto, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) teve início a partir da experiência do Ceará, iniciada em 1987, como parte de um programa emergencial e gerador de empregos para socorrer o Estado que passava por mais um dos períodos de seca que costumam atingir a região. Contudo, com vistas a propor uma estratégia de transição para outra com um enfoque mais abrangente surge o Programa de Saúde da Família (PSF), que teve sua implantação em 1994. São considerados estratégias no processo de reorganização pelo qual o sistema de saúde brasileiro vem passando a partir de 1988. Como em todo o processo de transformação, ainda persistem hoje, em inúmeros municípios, práticas ligadas ao modelo tradicional de assistência à saúde. Entretanto, os programas PACS/PSF vêm contribuindo no sentido alterar essa realidade. Estas duas estratégias se constituíram em caminhos possíveis no processo de reorganização da atenção básica em saúde, representando uma intervenção concreta no contexto da mudança da atenção à saúde. Suas concepções buscam contribuir para a redução de graves problemas enfrentados pelos serviços públicos, dando ênfase às práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde e ao vínculo com a população assistida. Neste contexto, o ACS é um dos trabalhadores que fazem parte da equipe de saúde. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade[2]. De acordo com a Lei 10.507, de 10 de julho de 2002, que cria a profissão de ACS, este é um profissional da área de saúde integrante da equipe de saúde da família, com exclusividade de exercício no âmbito do SUS[3]. Realiza, sob supervisão do gestor local, atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema. Inicialmente, o PACS focalizou a assistência ao grupo materno infantil, expandindo posteriormente ao apoio à organização da atenção básica em saúde nos municípios[4]. As determinações do Programa de Saúde da Família exigem dos municípios um programa gradual e permanente de treinamento aos agentes comunitários de saúde, que se renova de acordo com seu trabalho no dia-a-dia. O principal responsável pela capacitação é o enfermeiro, instrutor e supervisor que também acompanha o ACS em seu cotidiano, orientando-o,

de acordo com as necessidades encontradas[5]. Com base nisso, que as práticas da disciplina de Saúde Coletiva III, do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Campus de Santiago/RS buscou valorizar as atividades de Educação Permanente em Saúde como uma ferramenta importante para contribuir com o trabalho do ACS. Frente a isso, o **Objetivo** deste trabalho é relatar as vivências obtidas durante a realização de encontros voltados a educação permanente dos ACS que atuam em uma ESF no município de Santiago/RS. **Metodologia:** Durante os estágios dos acadêmicos em uma unidade do município, uma das propostas de prática da disciplina referia-se a realização de ações de educação permanente direcionadas ao ACS. Cada grupo de alunos planejava e executava uma atividade com os agentes de acordo com a temática solicitada pela equipe. Diversos assuntos foram trabalhados com vistas a auxiliar o cotidiano de trabalho desses profissionais. Eram utilizadas formas lúdicas e descontraídas de ensino, evitando o uso de metodologias impositivas que não consideram o saber do individuo. Ao adotar uma pedagogia problematizadora das situações cotidianas, era possível refletir criticamente sobre o cuidado ofertado ao usuário e as relações de trabalho dentro das instituições, o que permitiu pensar sobre o saber-fazer, estimulando a reflexão, a mudança e transformações, considerando o serviço, o trabalho, o cuidado, a educação e a qualidade da assistência. **Resultados:** Acredita-se que a prática proporcionou momentos de descontração e integração entre alunos/equipe. Percebeu-se que os ACS estavam limitados quanto ao conhecimento dos temas abordados, sendo observado pelo grande número de dúvidas apresentadas por eles. A partir disso, surgiu à iniciativa de se realizar estudos sobre diferentes temáticas nas reuniões da equipe de saúde. Ainda, no decorrer de cada encontro percebia-se a interação e o comprometimento dos agentes, uma vez que eles se mostraram receptivos e comprometidos com os assuntos abordados nos encontros. Diante disso, torna-se imprescindível assinalar que não só os ACS, mas todos os membros de uma equipe multiprofissional atuantes na estratégia Programa de Saúde da Família devem estar envolvidos de forma permanente em processos de educação permanente, visando à melhoria da qualidade do serviço prestado aos usuários. Pois, apesar dos avanços ocorridos em relação à saúde nos últimos anos, como a ampliação de seu conceito, a criação do SUS, ainda encontra-se muitas dificuldades para concretizar essas conquistas, sendo uma destas a educação profissional dos trabalhadores envolvidos nesse processo. Além disso, essa experiência de estágio proporcionou autonomia e comprometimento do aluno, demonstrando um maior entendimento sobre as questões que envolvem a educação permanente e sua importância para o trabalho do enfermeiro. Além disso, é preciso investir em novas possibilidades e abordagens de fortalecimento da formação, no intuito de formar profissionais capacitados em atuar em diferentes cenários, articulando ensino-serviço e valorizando práticas que possibilitem o experienciar. **Considerações:** Dentro do PSF aumentam as responsabilidades e o rol de conhecimento exigido aos ACS já que, o programa foi criado para substituir o modelo tradicional centrado no hospital e assumir o desafio de garantir o acesso igualitário de todos, aos serviços de saúde, visando trabalhar em consonância com os princípios do SUS, priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar, de forma integral e contínua. O ACS é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce. É sobre ele que recaem funções estratégicas para viabilização de metas estabelecidas. Atua como mediador, sendo considerado laço entre o serviço de saúde e a comunidade, mantém-se em contato permanente com as famílias, nas visitas domiciliares e demais atividades que apóiam as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde, valorizando as questões culturais em cada uma das comunidades, reforçando as ações educativas e integrando o saber popular ao conhecimento científico, estabelecendo assim vínculo com a população assistida. Compreende-se que o ACS não deve ser visto apenas como um mensageiro entre a comunidade e serviço de saúde, mas sim como profissional que faz parte da equipe de saúde, entretanto, tendo mais clareza e delimitação acerca de

suas atribuições. Somado a isso, há a necessidade de preparar profissionais adequados tanto às premissas do SUS, quanto às concepções de formação assumidas pelo setor saúde e educação. Neste sentido, é interessante investir em propostas que busquem contribuir com a melhoria das condições de trabalho do ACS, oportunizando espaços que permitam a eles a troca de saberes e a construção coletiva de estratégias de atuação.

Referências

1 BRASIL MS**Constituição Federal**. Brasília: Senado Federal, 1988.

2.BRASIL MS. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. **Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, 1999.

3 BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, 10 jul. 2002.

4 FONSECA AF (Org.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

5 BRASIL MS. **Saúde da Família**: **uma estratégia para reorientação do modelo de assistência**. Brasília: 1997.

110 TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA: A DIFICIL RELACAO ENTRE OBRIGAÇÃO E VONTADE

XAVIER, Mariane da Silva
(Acadêmica do 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Bolsista FIPE. E-mail: marianesxavier@yahoo.com.br)

SILVA, Adão Ademir da
(Enfermeiro do Hospital Universitário de Santa Maria. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil)

GONÇALVES, Mariam de Oliveira
(Enfermeira da Prefeitura de Porto Alegre/RS. Especialista, Modalidade Residência em Saúde Mental Coletiva pela ESP/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, Santa Maria, RS, Brasil)

TERRA, Marlene Gomes
(Professora, Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil)

Descritores: Saúde Mental; Agentes Antipsicóticos; Transtornos Mentais; Recusa do Paciente ao Tratamento; Esquizofrenia.

"Sem alegria nem cuidado, nosso pai encalcou o chapéu e decidiu um adeus para a gente. Nem falou outras palavras, não pegou matula e trouxa, não fez a alguma recomendação. (...) Nosso pai entrou na canoa e desamarrou, pelo remar. E a canoa saiu se indo — a sombra dela por igual, feito um jacaré, comprida longa. Nosso pai não voltou. Ele não tinha ido a nenhuma parte. Só executava a invenção de se permanecer naqueles espaços do rio, de meio a meio, sempre dentro da canoa, para dela não saltar, nunca mais. (...) todos pensaram de nosso pai a razão em que não queriam falar: doideira." (ROSA, 1994). O que dizer da dor que não pode ser dita? Dor do nada ou dor do vazio de existir? Loucura, doideira, doença, existência-sofrimento? Atualmente na saúde mental, a partir da compreensão do ser humano em seu processo existencial passa-se a conceber a pessoa com transtorno mental em sua existência-sofrimento, e não sob um diagnóstico. Nesta esteira, assume-se no campo da saúde mental, um compromisso ético-político que busca o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico por meio do respeito a sua singularidade e reinserção social. Na enfermagem em saúde mental, o cuidado é tanto a essência da enfermagem quanto o foco da atenção psicossocial. Portanto, o cuidado na saúde mental envolve por parte do enfermeiro e da equipe interdisciplinar, respeitando as especificidades de cada área, ações na esfera psicossocial como a realização de oficinas terapêuticas, grupos, visitas institucional/domiciliar, consulta de enfermagem, psicoterapia e demais atendimentos individuais e coletivos que sejam capazes de investir no potencial de saúde do sujeito em sofrimento psíquico. Ainda, destaca-se como parte das ações terapêuticas no âmbito psicossocial, o tratamento medicamentoso que visa reduzir os sintomas psíquicos do paciente com a finalidade de melhor adaptá-lo à realidade. O tratamento medicamentoso da pessoa em sofrimento psíquico iniciou com a introdução dos neurolépticos no final da década de 50 e se configurou na Revolução Farmacológica que colaborou para o desenvolvimento de intervenções sociais e psicológicas com os pacientes. Logo, observou-se que os pacientes psiquiátricos submetidos ao tratamento com neurolépticos apresentaram uma melhora de sua sintomatologia, o que permitiu maior interação entre pacientes e profissionais de saúde. Esse contexto colaborou também para uma evolução das competências de enfermagem, que vivenciou a

partir daquela década a necessidade de aprimoramentos de sua assistência (CARDOSO; GALERA, 2006). O impacto surpreendente do tratamento das doenças mentais com estes medicamentos foi momentâneo. Contrariando as esperanças de benefícios permanentes e estáveis, logo se constatou que as recaídas e conseqüentes internações tornaram-se freqüentes, após a melhora da sintomatologia, os pacientes tendiam a tomar seus medicamentos de forma irregular, chegando até mesmo a interromper seu tratamento, demonstrando um comportamento de uso descontínuo dos neurolépticos prescritos (BECHELLI, 1986). No decorrer dos tratamentos medicamentosos é freqüente a não adesão dos pacientes, sendo que às vezes não é percebida imediatamente e só virá a ser notada quando o paciente apresentar conseqüências graves como recaídas e reinternações o que dificulta não só o tratamento, mas a vida, o contexto social e familiar do paciente. A adesão ao tratamento psicofarmacológico é importante no momento que diminui as recaídas e reinternações e proporciona uma melhor qualidade de vida ao paciente de saúde mental, no entanto não deve ser radicalmente imposta. Este estudo surgiu a partir de minhas vivências enquanto acadêmica de enfermagem numa unidade de tratamento psiquiátrico de um hospital da região centro do estado do Rio Grande do Sul. Durante este período presenciou-se as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem e pelos pacientes em relação ao uso continuo dos medicamentos psiquiátricos ou neurolépticos. Da parte da enfermagem a preocupação em que os pacientes tenham sua doença controlada e tratada, da parte dos pacientes a dificuldade de manter-se num tratamento que em geral é imposto e administrado por outros. A partir destas situações complexas relacionadas ao uso de medicamentos psiquiátricos inquietou-me a seguinte questão: o que leva os pacientes a não se manter em uso de medicamentos psiquiátricos e em que momento a opinião do paciente é escutada? O presente estudo tem o objetivo de identificar as possíveis causas que podem contribuir para a não adesão ao tratamento psicofarmacológico. Trata-se de um relato de experiência vivido por uma acadêmica do quinto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em dois cenários assistenciais da região sul do país. O primeiro cenário, uma unidade de internação psiquiátrica de um Hospital Universitário no qual se realizou estágio extracurricular. O segundo cenário, uma unidade do Programa Saúde da Família que como acadêmica bolsista FIEX de um projeto de extensão, atendia em nível domiciliar pessoas em sofrimento psíquico. Nestes cenários assistenciais, observou-se que a não aderência ao tratamento psicofarmacológico era uma das dificuldades na terapêutica. Pesquisas recentes sugerem que o risco de recaída gira em torno de 3,5 a 10% ao mês e indicam a não adesão ao tratamento psicofarmacológico como principal razão para a ocorrência de recaída em pacientes não hospitalizados (CARDOSO; GALERA, 2009). Esses índices demonstram o que pode ser observado durante a vivência nas Unidades de internação hospitalar psiquiátrica e básica de Estratégia Saúde da Família, que os pacientes internados faziam uso correto da medicação, pois estavam, sob supervisão de técnicos de enfermagem e enfermeiros, no entanto quando recebiam alta médica alguns reinternavam por desistência do uso da medicação. Na ESF os pacientes não internados recebiam visita domiciliária e durante a realização das mesmas, alguns familiares relataram que os pacientes não faziam uso correto do medicamento sendo por vezes necessário triturar a medicação para misturá-la ao alimento. Caso os pacientes não fizessem o uso correto dos medicamentos seus sintomas psíquicos poderiam piorar o que propiciaria nova reinternação hospitalar e/ou dificultar o convívio familiar em casa. Acredita-se que as estratégias para o paciente usar medicação possa ser válida para a família por algum tempo, pois a falta de esclarecimentos sinceros para o paciente sobre à sua medicação podem gerar conflitos intrafamiliares. Ou seja, tais atitudes por parte da família, se descobertas pelo paciente, por exemplo, podem suscitar ou exacerbar idéias persecutórias neste, comprometendo sua saúde mental e a própria relação intrafamiliar. No tratamento psicofarmacológico estudos mostram que diversos fatores podem influenciar na adesão ou não adesão, eis os seguintes fatores relacionados ao

paciente: características pessoais, fatores demográficos, uso/abuso de drogas, características psicopatológicas e insight; fatores relacionados à medicação: reações adversas, complexidade do regime terapêutico e custo/benefício, com relação a fatores externos: suporte familiar, aliança terapêutica, apoio social (atendimento multiprofissional) e papéis e responsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo de tratamento e manutenção (CARDOSO; GALERA, 2006). Ainda acrescentaria o número de psicofármacos prescritos que exige grande empenho do paciente que precisa se adaptar. De acordo com pesquisas 40% dos pacientes tratados com neurolépticos convencionais param de tomar a medicação prescrita no primeiro ano de tratamento e 75% param de tomar esta medicação dentro de dois anos. Muitas vezes, os custos relacionados ao tratamento (efeitos adversos/complexidade do esquema terapêutico) são considerados pelos pacientes como maiores do que ter que conviver com os custos da doença (sintomas), o que pode ocasionar baixas taxas de adesão (CARDOSO; GALERA, 2006). A adesão do paciente ao seu tratamento medicamentoso aliado as ações terapêuticas psicossociais podem contribuir para uma melhora substancial em sua qualidade de vida. Assim, a não adesão aos psicofármacos é uma realidade que merece atenção dos profissionais de saúde, pois o fato do medicamento estar prescrito não significa que o mesmo está sendo corretamente utilizado e os porquês da não utilização deve ser investigado e trabalhado. Para Paprocki (2009) algumas estratégias são válidas para aumentar a adesão ao tratamento: definição clara de metas dos tratamentos farmacológicos, isto é, a sua propriedade na atenuação dos sintomas e na prevenção de recaídas e de recidivas; conhecimento do fato de que os psicofármacos não são curativos, mas paliativos; o paciente deve ter conhecimento das limitações da eficácia dos psicofármacos; deve ocorrer a existência de uma sólida aliança terapêutica, pois acontece uma aderência pobre quando esta aliança não foi conquistada e cultivada; os pacientes que não recebem a devida atenção por parte da equipe e não recebem informações adequadas acerca do efeito potencial de medicamentos e de seus efeitos colaterais apresentam mais problemas ligados a aderência; atitude de compreensão e apoio do grupo, assim como ausência da hostilidade expressa, tem um efeito muito salutar sobre a aderência. Portanto não existe uma forma exata de resolver a adesão ao tratamento medicamentoso, mas existem estratégias que podem ser desenvolvidas no sentido de resgatar e reforçar a parte saudável do paciente, respeitando a singularidade e autonomia do sujeito em sofrimento psíquico. Este estudo não tem a pretensão de limitar o assunto, pois a questão da adesão ao tratamento com psicofármacos é um tema amplo que nos impele a repensar de forma crítica as práticas de saúde mental e a exigir dos profissionais e em especial, dos enfermeiros a qualificação necessária para atuarem com competência nesta área.

Referências

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Adesão ao tratamento psicofarmacológico. Acta Paul Enferm 2006; 19(3):343-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a15v19n3.pdf>. Acesso em 28 de março de 2011.

CARDOSO, L; GALERA, S. A. F. Doentes mentais e seu perfil de adesão ao tratamento psicofarmacológico. Rev. Esc. Enferm. USP 2009; 43(1)161-7. Disponível em < www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/21.pdf>. Acesso em 27 de março de 2011.

PAPROCKI, J. Adesão ao tratamento farmacológico em psiquiatria. Grupo de estudos avançados em psicofarmacoterapia. Jornal O RISCO da AMP, Dez 2009. Disponível em<http://www.jorgepaprocki.com.br/novo/index.php?option=com_content&view=article&id=268:ade

sao-ao-tratamento-farmacologico-empsiquiatria&catid=25:publicacoes-ja-divulgadas-em-revistas-medicas&Itemid=294>. Acesso em 27 de março de 2011.

ROSA, João Guimarães. “A terceira margem do rio”. In: _____. **Ficção completa**: volume II. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994, p. 409-413.

BACHELLI, L. P. C. Neurolépticos: Efeitos terapêuticos e colaterais em doentes de esquizofrenia; impacto nos serviços de saúde mental. J. bras. Psiquiatr; 35(1):3-9, jan.- fev. 1986. Disponível em < http://bases.bireme.br>. Acesso em 29 de março de 2011.

111 PROBLEMATIZANDO O ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO JUNTO A UM GRUPO DE HIPERDIA

MATOS, Greice Carvalho
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel E-mail: greicematos1709@hotmail.com)

AIRES, Natália Timm.
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

BARTEL, Tainã Eslabão.
(Aluno de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

GUANILO, Maria Elena Echevarria.
(Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da FEn – UFPel)

SILVA, Marcelo Melo.
(Aluno de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

OLIVEIRA, Maria José S.
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn UFPel)

Descritores: acolhimento, centros de saúde, serviços médicos de urgência.

Introdução: O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa reorganizar o fluxo de atendimento com base na avaliação de risco. Além disso, a estratégia procura recriar e criar novos espaços para as urgências, servindo como orientação à equipe de saúde sobre os modos de estar, ocupar e trabalhar nesses locais, diminuindo os fluxos de usuários com enfermidades que podem ser solucionadas nas UBS, garantindo os processos de trabalho com qualidade (BRASIL, 2009). Diante desta situação, o Pronto Socorro Regional de Pelotas tem buscado estratégias para priorização dos atendimentos conforme o risco de vida, dentre as quais se encontra a implantação da proposta do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Assim, acredita-se que seja possível evitar o acumulo de filas e atendimentos por ordem de chegada, o que impede que situações de urgência e emergência permaneçam sem atenção imediata em meio às filas de espera. Para auxiliar nesta ação, surge o projeto de extensão universitária "Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro de Pelotas-RS: problematizando a proposta junto às UBS's", que tem como objetivos sensibilizar a equipe de saúde da rede básica acerca do protocolo de avaliação e classificação de risco a ser implementado no Pronto Socorro de Pelotas e problematizar junto aos usuários das UBS's o atendimento dos diferentes níveis de atenção na rede de saúde de Pelotas, tendo como alvo principal além dos profissionais os usuários da respectiva UBS, onde serão realizadas discussões e esclarecimentos acerca do novo modelo de atendimento no PS de Pelotas em sala de espera, visitas domiciliares e grupos de Hipertensos e Diabeticos. (hiperdia). Assim, o presente trabalho versa sobre o Hiperdia, a fim de discutir o planejamento da intervenção educativa neste espaço. **Metodologia:** Inicialmente será realizado a capacitação da equipe de enfermagem, juntamente com os agentes comunitários de saúde das UBS's vinculadas à universidade de onde emerge a proposta, pois considera-se que o conhecimento da equipe é de suma importância, pois é esta que mantém vinculo com os usuários do território na ausência de colaboradores do projeto e, num segundo

momento, a temática então será problematizada junto aos grupos de hipertensos e diabéticos. Para a concretização desta atividade serão realizadas reuniões periódicas, ministradas pelos acadêmicos e docentes vinculados ao projeto de extensão. Na tentativa de dinamizar e ilustrar a abordagem, serão utilizados materiais lúdicos evidenciando o tema Acolhimento com Classificação de risco. As atividades serão realizadas no ano letivo de 2011. **Resultados e discussão:** O projeto ainda esta em fase de desenvolvimento, mas já é possível destacar a importância de se abordar a verdadeira definição de acolhimento com a equipe de saúde, pois tradicionalmente tem-se realizado o repasse do problema tendo como foco a doença e o procedimento, e não o sujeito e suas necessidades; desdobra-se daí a questão do acesso aos serviços que, de modo geral, é organizado burocraticamente a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, agravo ou grau de sofrimento. Entretanto, acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos,destacando-se os serviços de referencia e contra-referência. É importante também abordar com a equipe a importância de se criar um vinculo com os usuários,afim de que os mesmos tenham credibilidade e confiança neste serviço,e conseqüentemente passando a usufruí-lo e através disso evitar o grande fluxo e a demora no atendimento ao Pronto Socorro. O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo (BRASIL,2004). Após sensibiliza a equipe de saúde sobre a dimensão dos conceitos mencionados, serão abordados os usuários dos grupos de hipertensos e diabéticos, pois são usuários que moram na comunidade da UBS de origem, e estão em contato periodicamente com a equipe de saúde, acreditando assim que estes podem ser disseminadores desta nova estratégia. Os mesmos serão abordados com discussões de pequenos e simples casos clínicos, onde a resolução do caso será feita pela equipe extensionista e o grupo, a fim de esclarecer os diferentes serviços oferecidos na rede de atenção de Pelotas. Para concretizar esta abordagem já é possível relatar alguns desafios inerentes ao processo de problematização de assunto tão complexo, pois envolve muito mais do que a compreensão da classificação do risco, mas também a oferta de serviços na rede de saúde. Assim, é possível constatar a necessidade de incluir à problematização questões sobre como ampliar o acesso sem sobrecarregar as equipes, sem prejudicar a qualidade das ações, e sem transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos; superar a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, de modo que amplie a escuta e que recoloque a perspectiva humana na interação entre profissionais de saúde e usuários;transformar o processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas,identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários;além disso, potencializar profissionais comuns e especializados, sem extrapolar as competências inerentes ao exercício profissional de cada categoria. **Considerações**: As atividade educativas realizadas junto ao Grupo de Hipertensos e Diabéticos resultarão na desmistificação da idéia de que o atendimento no Pronto Socorro é melhor que o da Atenção Básica, exceto em serviços de urgência e emergência,salientando a importância da Estratégia de Saúde da Família e demais programas do Ministério da Saúde. O trabalho desenvolvido sensibilizará os usuários participantes para os objetivos da atenção básica, sendo esclarecida a sua oferta de consultas e

acompanhamentos à necessidades de saúde como hipertensão, diabetes, gestação, puérperas, curativos, medicamentos, atestados, entre outros. Trata-se, acima de tudo, de um local onde os profissionais que lá trabalham conhecem o usuário, sua moradia, assim como seu prontuário, oferecendo a este a continuação do seu tratamento, resultando na prevenção e promoção em saúde. Por outro lado, o pronto socorro é um serviço destinado ao atendimento de urgência e emergência a pessoas com risco à vida,onde os profissionais que lá trabalham estão treinados para atender situações graves, como acidentes de trânsito e agravos clínicos. Dessa maneira, acredita-se ser possível apoiar as modificações propostas pelo pronto socorro e a busca de melhoria na rede de atenção de Pelotas-RS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, 2009. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificaao_risco_servico_urgencia.pdf Acessado em 19 de abril de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, 2006.

Zanelatto DM,Dal Pai D.Praticas de acolhimento no serviço de emergência:A perspectiva dos profissionais de enfermagem.Ciencia Cuidado e Saúde,2010 Abri/Jun. Disponivel em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9390/6087

112 TUBERCULOSE COMO RISCO OCUPACIONAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

SILVEIRA, Charlene dos Santos
(Acadêmica de enfermagem, bolsista PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC)

DIEHL, Dayane
(Acadêmica de enfermagem, bolsista PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC)

ROSA, Susimar Souza da
(Acadêmica de enfermagem, bolsista PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC
E-mail: susi_xusi@hotmail.com)

KRUG, Suzane Beatriz Frantz
(Enfermeira, Doutora em Serviço Social, Docente do Departamento de Enfermagem e Odontologia da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC)

Descritores: Tuberculose; doenças do trabalho; notificação de doenças.

A tuberculose (TB) é uma doença causada pelo *M. tuberculosis*, bacilo estritamente patológico descoberto por Robert Koch, que acomete principalmente os pulmões, podendo também ocorrer em outros órgãos do corpo na sua forma mais grave, sendo um importante problema de saúde pública mundial. Os principais sintomas desta doença são: tosse com ou sem escarro por mais de três semanas, febre baixa, principalmente à tarde, inapetência, perda de peso, sudorese noturna, dor no peito e nas costas, fraqueza no corpo e escarro com sangue. O diagnóstico é realizado através da coleta de escarro, duas amostras em dias diferentes, sendo que a primeira amostra deve ser coletada já na consulta médica e a segunda no dia seguinte, preferencialmente pela manhã em jejum, para não haver resíduo alimentar e após a coleta o material é encaminhado ao laboratório para a análise da amostra, onde é detectada ou não através do microscópio a presença do bacilo. Métodos preventivos são de extrema importância, principalmente em ambientes de grande aglomeração de pessoas, tais como: ventilação e iluminação do ambiente, alimentação saudável, e lavagem eficaz e freqüente das mãos. A vacina BCG que é realizada nos primeiros seis meses de vida é uma forma preventiva da tuberculose, porém só previne contra as formas mais graves e não contra a forma pulmonar da patologia. Segundo Mendes (2003), surgem 10 novos casos e 15 doentes morrem de tuberculose a cada dia no Brasil, sendo assim ocorrem cerca de 80-90 mil novos casos por ano tornando a taxa de mortalidade extremamente elevada, considerando que esta é uma doença curável e evitável. Um segmento populacional significativamente acometido pela patologia é constituído pelos trabalhadores da área da saúde, intensamente susceptíveis ao contágio pelo *M. tuberculosis* devido ao contato direto com grande número de pessoas doentes e patologias desconhecidas. Contudo, muito frequentemente, este agravo à saúde não é relacionado ao trabalho pelas instituições de saúde, sendo notificado apenas como doença de notificação compulsória e não como doença relacionada ao trabalho. Oliveira e Murofuse (2001) afirmam que o trabalhador que presta assistência, direta ou indiretamente, demonstra preocupar-se muito mais com o cuidado do paciente e pouco com os riscos aos quais está exposto, tal pressuposto trouxe a importância deste estudo. Em outras palavras, segundo Krug (2006) de forma propositiva, em um enfoque interdisciplinar, aponta-se a perspectiva de se avançar na construção de diretrizes que conduzam para a ruptura do entendimento de que o cuidar em saúde está direcionado exclusivamente ao paciente, ao usuário, ao outro. Sendo assim, o objetivo do estudo centra-se na análise sobre a exposição à tuberculose e o

trabalho na área da saúde, e o não reconhecimento dessa situação como um agravo relacionado ao trabalho. Para tanto, realizou-se um estudo bibliográfico, utilizando-se artigos de periódicos científicos e livros, para estudo e conhecimento deste tema, priorizando fontes teóricas de 2001 a 2010. Entre os resultados verificou-se uma quantidade reduzida de estudos que fizeram relação direta da tuberculose como doença adquirida no trabalho. Oliveira e Murofuse (2001) citam Bulhões (1994) que descreve a tuberculose entre as principais infecções que acometem trabalhadores da saúde. Contudo, os próprios trabalhadores da saúde não associam a patologia com sua ocupação, pois conhecem os riscos à sua saúde de forma genérica (Oliveira e Murofuse, 2001). Para Prado et al (2008), a equipe de enfermagem realiza frequentemente procedimentos como mudança de decúbito, troca de curativos, aspiração entre outros, deixando-a mais susceptível à propagação do bacilo. Vale ressaltar que o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) é eminentemente importante nas atribuições diárias, porém, Nishide e Benatti (2004) verificaram em seu estudo, que estes profissionais têm o uso de óculos de proteção como prática pouco adotada, assim como, o uso de máscara de proteção e avental, mesmo que numa proporção maior, contudo, ainda pequena, considerando sua eficácia na proteção individual contra o *M. Tuberculosis*. Isto se deve a falta de disciplina, hábito e conscientização dos funcionários. O profissional deve levar em consideração no uso diário de suas atribuições que, até que se associem os sinais e sintomas à tuberculose, pode ocorrer demora no diagnóstico e início do tratamento e, enquanto isto está mantendo contato direto com o paciente contaminado com o bacilo. Sendo assim, é válida a utilização da máscara de proteção antes mesmo da confirmação do diagnóstico. Segundo Mendes (2003) até o inicio do século XX a medicina acreditava que não havia risco aos profissionais da saúde que mantinham contato com pacientes tuberculosos, contudo, vários estudos iniciaram e demonstraram maior incidência entre enfermeiros, médicos e estudantes, e aos poucos, surgiram relatos de tuberculose nos demais membros da equipe de saúde, mostrando que o risco de infecção é diretamente proporcional ao contato do profissional com o paciente. Mendes (2003) ainda afirma que a tuberculose pode estar associada ao grupo II da classificação Schilling, posto que as condições de trabalho possam favorecer a exposição pelo *M. tuberculosis*. Prado e colaboradores (2008) afirmam que em estudo realizado com profissionais da saúde entre os anos de 2002 e 2006 identificou-se 25 casos de tuberculose, sendo 14 (56%) do sexo masculino, destes 8 (32%) eram técnicos de enfermagem; 4 (16%) eram médicos; 3 (12%), enfermeiros; 2 (8%), técnicos em radiologia; e 8 (32%), de outras categorias, avaliando as raças 15 (60%) eram de raça branca. E investigando os agravos associados a esta pesquisa, verificou-se que AIDS, etilismo e tabagismo tiveram a mesma proporção (33%) para cada agravo. Ainda que, a realidade do Brasil, seja em sua maior parte de transmissão comunitária da tuberculose, é importante ressaltar que os profissionais tanto de instituições hospitalares quanto não hospitalares, mas que tenham contato com pacientes correm o risco de contaminação pelo bacilo, para tanto a subnotificação como doença do trabalho dificulta o entendimento de tal. Concluiu-se com o estudo que o *M. Tuberculosis* é um bacilo que agride os pulmões de forma intensa, podendo levar a óbito, o que parece ser ignorado dentro das instituições de saúde, onde os profissionais estão expostos a inúmeros riscos biológicos. Cabe às instituições onde o trabalhador exerce suas atividades laborais, capacitar e conscientizar quanto aos riscos, pensando em promoção à saúde e prevenção da doença. A prática diária demonstra, em muitas situações, por parte do trabalhador da saúde, falta de conhecimento dos riscos desta patologia à sua saúde, tanto que muitos ignoram a utilização dos EPIs como uma das formas preventivas. O uso apropriado do equipamento de proteção respiratória é essencial na prevenção da tuberculose, além disto, hábitos de higiene e a ventilação dos ambientes também são cuidados imprescindíveis. Vale ressaltar que, em caso de contaminação do profissional pelo bacilo *M. Tuberculosis*, este deve ter apoio institucional nas práticas de tratamento, encaminhamentos e

orientações, ocorrendo à notificação como doença compulsória e como agravo do trabalho. O tratamento é longo, dura em torno de seis meses, proporciona diversos efeitos colaterais e é totalmente fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, fica evidente, que a prevenção é a melhor forma de combater a doença.

Referências

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de e MUROFUSE, Neide Tiemi. **Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho.** Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2001, vol.9, n.1 , pp. 109-115 .

KRUG, Suzane Beatriz Frantz. **Sofrimento no trabalho:** a construção social do adoecimento de trabalhadoras da saúde. 2006. 196 f. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006

PRADO, Thiago Nascimento do et al. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil.** J. bras. pneumol. [online]. 2008, vol.34, n.8, pp. 607-613 .

Nishide, Vera Médice and Benatti, Maria Cecília Cardoso **Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva**. Rev. esc. enferm. USP, Dez 2004, vol.38, no.4, p.406-414.

MENDES, René. **Patologia do trabalho.** 2a ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

113 CLINICA AMPLIADA: VIVENCIANDO A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO EM UMA UTI-RN

LAVICH, Claudia
(Enfermeira,especialista em terapia intensiva, gerente de enfermagem da UTIRN/HUSM,RS,BRASIL.E-mail: crlaludia@yahoo.com.br)

COSTENARO, Regina G. Santini
(Enfa.Profa.Dra.Enfermeira assistencial na UTI-RN/HUSM,RS,BRASIL)

TROJAHN, Tatiane
(Enfermeira,especialista em Saúde Pública, enfermeira assistencial na UTI-RN/HUSM,RS,BRASIL)

CALIXTO, Roseri
(Enfermeira, especialista em educação, enfermeira assistencial na UTI-RN/HUSM,RS,BRASIL)

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; discussão de casos; Equipe interdisciplinar de saúde, Assistência Individualizada de Saúde.

Introdução: A saúde pública no Brasil, ainda vive situações difíceis e com cenários inaceitáveis nos aspectos de carência de recursos financeiros, recursos materiais, e recursos humanos. A falta de resolutividade e problemas de comunicação acrescido da insatisfação dos trabalhadores, dentre outros. Nesse sentido o Ministério da Saúde, vem investindo em estratégias de reconstrução desta realidade. Entre outros dispositivos, foi instituído a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e gestão do Sistema Único de Saúde(SUS), que tem por finalidade fortalecer as metas do SUS e qualificar práticas de gestão e de Atenção em Saúde. Conforme Brasil (2004) a PNH propõe-se como política transversal a resolubilidade, garantia de acesso, melhorar a qualidade nos serviços prestados pelo SUS e contagiar, por atitudes e ações humanizadas à rede SUS, incluindo na roda gestores, trabalhadores e usuários. Nesse sentido, os hospitais SUS vêm se deparando com desafios significativos em seu funcionamento, onde possivelmente o maior deles seja o de oferecer cuidados com qualidade, ou seja, com efetividade, eficácia, legitimidade, otimização e equidade. Atingir padrões de qualidade nos hospitais SUS significa desenvolver estratégias de superação de modelos hegemônicos caracterizada pela fragmentação do cuidado no que se refere a especialidades médicas, centrado nos procedimentos técnicos e pouco cuidadora e desarticulada dos demais componentes das redes de atenção a saúde. Nesse sentido, a Gestão da Clinica, bem como a PNH é uma das estratégias utilizadas para a qualificação da assistência hospitalar, contemplando uma área de competência profissional que possibilita a organização do cuidado seguro e de qualidade, considerando necessidades e riscos apresentados pelos pacientes, por meio da utilização de arranjos que permitam o vinculo, trabalho em equipe e responsabilização de informações (Caderno Gestão da Clinica). Nos últimos anos, pode-se observar, que de certo modo, houve uma mudança nas lógicas que orientam os processos de trabalho, como a implementação de serviços de internação domiciliar, a reforma psiquiátrica; Experiências de humanização em algumas instituições de saúde como implantação de acolhimento, ouvidoria, clinica ampliada, gestão participativa entre outros. Existe um movimento positivo, porém, insipiente em relação a mudanças no modelo de gestão, desfavorecendo o conformismo de um sistema e desfazendo a repetição dentro de um modelo hegemônico (ROLLO,2007). Isso leva a repensar modos de ser e fazer, reavaliar constantemente os resultados, reformular praticas de trabalho, prestar um cuidado com qualidade valorizando a

integralidade do sujeito pautado nos princípios do SUS. Para Cecilio e Merhy (2003) a recuperação da dimensão cuidadosa e da integralidade na atenção à saúde são desafios para a organização do cuidado dentro dos hospitais. A atenção à saúde depende da integração do trabalho multiprofissional onde há a complementação um do outro formando uma rede de atos, saberes, fluxos que compõe esse cuidado. A maneira que se articula essas práticas é que vai garantir uma maior ou menor integralidade que o usuário necessita. Dessa forma a Clinica Ampliada possibilita a criação de um espaço coletivo , dialógico e integrado da equipe sem hierarquização durante as discussões, isto é , a relação entre profissionais de referencia e especialistas possa ser de forma horizontal com base na troca de conhecimentos (CAMPOS, DOMITTI 2007). Os profissionais devem ser responsáveis pelo individuo em questão, levando em consideração que o paciente é constituído de elementos concretos e subjetivos não se limitando somente as expressões da doença de que são portadores, mas devem ter o acompanhamento longitudinal, a fim de permitir uma visão abrangente do individuo, conhecer seu contexto social, cultural suas necessidades e possíveis demandas. Assim a condução da doença, não deve ser restrita apenas ao profissional médico, reconhecendo os limites da sua atuação profissional, é imprescindível a participação da equipe multidisciplinar e com auxilio da intersetorialidade. Tudo isso contribui para aprimorar a integralidade do atendimento, pois, lidar com diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe, é um aprendizado coletivo. A Clinica Ampliada, incorpora-se a outro recurso para incrementar o diálogo entre os diferentes profissionais ou serviços, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual aproveita a reunião ampliada para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde buscando a singularidade como elemento central da articulação, valorizando todas as opiniões da equipe(BRASIL 2007). **Objetivo**: Frente ao exposto esse trabalho tem por objetivo descrever a vivencia de uma equipe de profissionais de uma UTI neonatal, na implementação da clinica ampliada como dispositivo da gestão da clinica e da PNH. **Metodologia:** Assim esta pesquisa participante ocorre por meio de reuniões sistemáticas semanais com a equipe multidisciplinar da UTI RN. Estas reuniões duram em média uma hora e ocorrem dentro do espaço da UTI RN do Hospital Universitário com a presença de enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistente social, fonoaudiólogo, farmacêutico e nutricionista que atuam no setor. Nessa reunião são discutidos os casos clínicos de alto risco, onde o mais complexo é realizado o PTS por todos os profissionais da equipe. **Resultados:** Com isso, nos propomos a refletir sobre a clinica que queremos, ou melhor, sobre o método de intervenção adequado para resgatar o sujeito como aspecto central de tratamento considerando sua singularidade como ser humano. A aplicação dos conceitos de clinica ampliada é fundamental no acompanhamento dos pacientes e de sua família na internação intensiva neonatal, permitindo uma abordagem integral dos indivíduos. Assim a preocupação transcende os aspectos biológicos da doença, pois se discute o contexto sociocultural onde o paciente e sua família está inserida, o que possibilita um olhar individual para cada caso. **Principais conclusões:** A Clinica Ampliada instiga a mobilização e a participação dos profissionais de forma significativa, para alavancar este processo de mudança, mesmo sabendo dos desafios a serem enfrentados. Estes sempre relacionados a cultura hospitalocentrica e a busca pela construção de redes de atenção que garantam o atendimento integral.

Referências

BRASIL. MS. **Secretaria Executiva**. Núcleo Técnico da política nacional de Humanização Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. A humanização como eixo norteador das praticas de Atenção e gestão em todas as instancias do SUS.1 ed. Brasília (DF). 2004.

BRASIL. MS. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Clinica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Serie B. Textos básicos de saúde. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS,GWS , DOMITTI,AC. Apoio Matricial e Equipe de referencia: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad.Saude Publica**. (2): 399- 407. 2007.

ROLLO, A. A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo:Ed Hucitec, 2007.p.321-339.

114 REDE SOCIAL DE SUPORTE A PESSOA ENFERMA: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS CASAS DE APOIO [2]

ALMEIDA, Brenda Balk de.
(Autora/relatora. Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFSM. E-mail: brendaenfer@gmail.com)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira.
(Autora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM e Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

ROSA, Bruna Vanessa Costa da.
(Autora. Acadêmica de Enfermagem da UFSM. Bolsista FIPE. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Enfermagem, Assistência à Saúde, Oncologia.

Introdução: Com a descoberta de uma doença crônica, como o câncer, a família se desestrutura, ocasionando alterações no cotidiano familiar, e se torna preciso reorganizar a rotina doméstica, o orçamento familiar e a distribuição de tarefas. Acontece, então, a revisão dos papéis sociais desempenhados pelos membros da família acometida pela doença, tornando o enfermo um dos focos principais na dinâmica cotidiana (BARALDI, 2002 *apud* REZENDE; MODENA; SCHALL, 2010). No caso de doenças crônicas que acometem crianças e adolescentes, e principalmente no que se refere à oncologia, muitas vezes o cuidador necessita se deslocar até os centros de referência oncológicos para que a criança ou adolescente realize o tratamento específico. Nestes centros de referência é possível encontrar as Casas de Apoio, que oferecem hospedagem, alimentação e, em algumas delas, cuidados de profissionais durante a realização dos procedimentos quimioterápicos, entre outros aspectos benéficos tanto à família quanto ao próprio doente (REZENDE; MODENA; SCHALL, 2010). Neste caso, como afirmam Sampaio e Löhr (2008), contar com uma Casa de Apoio constitui um importante fator na terapêutica do doente. Neste contexto, Sampaio e Löhr (2008, p.57) mencionam que, além da hospedagem, da alimentação e do auxílio no que condiz ao deslocamento, a Casa de Apoio passa a ter várias outras funções, como "[...] propiciar uma nova organização 'familiar transitória', constituir-se em um espaço de acolhimento em momentos de crise e dificuldades [...]", e irá se caracterizar como um local onde pessoas de diferentes regiões e, consequentemente, com costumes distintos, convivem e necessitam desenvolver estratégias que possibilitem relações harmoniosas. Considerando-se, então, os doentes crônicos em geral como possíveis usuários de Casas de Apoio, Lima (2009, p.02) refere que "[..] ocorre uma mudança na rotina de suas vidas, isso porque o ambiente familiar é mudado pelo ambiente institucional da casa de apoio [...]". É neste contexto que passamos a considerar a importância do *apoio social*, o qual pode ser percebido, em concordância com Pietrukowicz (2001) *apud* Pedro *et al* (2008) como um processo interativo entre pessoas ou, mesmo, entre grupos de pessoas que, mediante contato sistemático, estabelecem vínculos de amizade e de informação, de forma a receber apoio material, emocional e afetivo, o que contribui para o bem estar recíproco e oportuniza a construção de fatores

[2]Resumo expandido oriundo da Pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada "O perfil socioeconômico-demográfico e clínico de usuários de Casas de Apoio de Santa Maria/RS" que integra projeto de pesquisa A experiência de famílias rurais que permanecem em casas de apoio durante tratamento oncológico, subvencionado pela FAPERGS e FIPE/UFSM.

positivos na prevenção e manutenção da saúde. A fim de que a Enfermagem contribua de forma substancial na trajetória que uma situação de adoecimento exige, é essencial dispor de instrumentos que auxiliem na identificação dos tipos de apoio social que poderão beneficiar os usuários das Casas de Apoio, como comunicação adequada, entrevistas, entre outros instrumentos (PEDRO *et al*, 2008). **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura sobre o papel das Casas de Apoio no que condiz à constituição da rede social dos usuários desses locais, tanto para os sujeitos portadores de uma enfermidade crônica quanto para os seus familiares/acompanhantes. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão teórica realizada a partir de busaca em bases de dados que continham artigos na íntegra (LILACS e BDENF), na Biblioteca Eletrônica SciELO, em páginas virtuais de instituições de ensino superior (IES), entre outras ferramentas adicionais de pesquisa (como a página do Google Acadêmico) que pudessem nos levar a publicações sobre as Casas de Apoio. A seleção do material utilizado para esta revisão ocorreu entre os meses de março e agosto de 2010, e as palavras chave utilizadas foram: “enfermagem”, “casa de apoio”, “centro de apoio”, “rede social”, “assistência à saúde”, “oncologia”, “câncer infantil”, “enfermidade crônica”, “doença crônica”. A opção de se trabalhar com a busca por palavras chave e não por descritores cadastrados no DECS deveu-se ao fato de que existem poucos descritores que remetem ao termo “casa de apoio” da forma como considerado no estudo. Ao total, foram selecionados 32 artigos científicos (todos disponíveis *on line*); oito documentos publicados pelo Ministério Federal, abarcando desde o âmbito da Saúde (Ministério da Saúde) perpassando pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; materiais oriundos de páginas virtuais de algumas IES (Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, e Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS) e de instituições sem fins lucrativos (Página do Centro de Apoio à Criança com Câncer – CACC), bem como de páginas especializadas em informações sobre tratamentos de combate ao câncer e doenças do sangue. Também foram encontrados cinco materiais, entre eles monografias, dissertações e teses, bem como trabalhos científicos publicados e apresentados em eventos. O material obtido foi sistematizado e organizado de forma descritivo-reflexiva. **Resultados:** A partir do entendimento da importância da Casa de Apoio como um local para a permanência breve do doente e sua família e, também, como um espaço de suporte social, Soares, Forster e Santos (2005) referem que as Casas de Apoio podem ser consideradas como *lócus* de uma teia complexa de relacionamentos de diferentes atores sociais implicados na prestação do cuidado à saúde, com reflexos significativos nas instâncias sociais abrangidas por sua intervenção, constituindo-se em um relevante equipamento social de acolhimento, cuidado e acesso à assistência multidisciplinar à saúde para algumas populações específicas, a saber, portadores de HIV/Aids e de outras doenças como o câncer – principalmente o infanto-juvenil. Em adição a isso, considerando-se o apoio social como integrante da rede de amparo aos usuários dos serviços de saúde, parte do cuidado fornecido pelos enfermeiros é, justamente, prover apoio social aos membros das famílias dos usuários das Casas de Apoio (PEDRO *et al*, 2008). Além de reconhecer a importância desses locais como instrumento social de suporte para muitas pessoas e famílias que realizam tratamento de saúde no âmbito do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), ambiente no qual é desenvolvida grande parte das aulas práticas do Curso de Enfermagem da UFSM, e de encontrar evidências na literatura da ainda incipiente inserção dos profissionais de enfermagem nestes espaços, acredita-se que aprofundar conhecimentos a respeito dos usuários das Casas de Apoio pode contribuir para qualificar a assistência prestada pelos enfermeiros que atuam em diferentes áreas, uma vez que permite ampliar a compreensão acerca de inúmeros fatores envolvidos na dinâmica de muitas pessoas que realizam tratamento fora de seus contextos de moradia. No que se refere à rede social disponível a pessoas adultas, pode-se observar empiricamente que esta se apresenta de modo consideravelmente restrito. Esta situação também se reflete na literatura, pois os estudos localizados abordam principalmente

circunstâncias e instituições que abrigam mulheres vítimas de violência. Neste sentido, em conformidade com Lima (2009, p. 02), "[...] as casas de apoio surgiram para assegurar que os direitos dos pacientes fossem respeitados, principalmente o acesso às terapêuticas disponíveis [...]". Salienta-se que, na realização da revisão da literatura sobre Rede de Apoio Social a indivíduos portadores de doenças crônicas e suas famílias ainda há poucos estudos que contemplem o termo C*asa de Apoio* como um espaço de transição utilizado por usuários que necessitam de um local no qual possam permanecer por determinado período de tempo, como é o caso de pessoas que realizam tratamento de câncer e outras doenças do sangue e órgãos hematológicos em um município diferente daquele do de origem. Acredita-se, assim, que estudos futuros devem se direcionar à compreensão do que mais precisam estas famílias ao longo do percurso de uma doença de ordem crônica, seja a família como um todo, seja cada membro do núcleo familiar, saudável ou doente, presente ou não no ambiente hospitalar (PEDRO *et al*, 2008). **Principais conclusões:** A revisão de literatura realizada indica que as Casas de Apoio constituem-se em um importante *lócus* na constituição da rede social da pessoa enferma, visto que o indivíduo doente, muitas vezes, necessita de um lugar alternativo para permanecer durante o tratamento de saúde quando a permanência no ambiente do hospital não se faz necessária. Nesta perspectiva, considera-se que existe a necessidade de estudos científicos que abordem o papel das Casas de Apoio enquanto espaço de suporte social em situações de adoecimento, principalmente no que tange ao cuidado de pessoas adultas, uma vez que estes ainda têm se mostrado incipientes na literatura especializada de Enfermagem. Desse modo espera-se, com a elaboração do presente trabalho, trazer à tona a discussão sobre a rede social a pessoas em situação de vulnerabilidade em decorrência da necessidade da realização do tratamento de saúde fora de sua área de domicílio e, também, gerar maior visibilidade a essa dimensão da rede social das famílias inseridas neste contexto.

Referências

LIMA, Vilma Soares de. **Os vínculos que brotam da dor.** In: XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA. 2009, Rio de Janeiro (RJ). Trabalho completo. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, 2009.

PEDRO, Iara Cristina da Silva *et al*. Apoio social e famílias de crianças com câncer: revisão integrativa. **Rev Latino-am Enfermagem** 2008 maio-junho; 16(3).

REZENDE, Adryene Milanez; MODENA, Celina Maria; SCHALL, Virgínia Torres. **Câncer na infância e na adolescência: vivências do adoecer.** In: PROJETO PRISMA – PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE MENTAL NA ACADEMIA. 2010, Belo Horizonte (MG). Tópicos temáticos. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, 2010. p. 1-12.

SAMPAIO, Adriana Soczek; LÖHR, Suzane Schmidlin. Atuação em casas de apoio: pensando o papel da psicologia e construindo novos caminhos. **RUBS,** Curitiba, v.1, n.3, p.52-60, set./dez. 2008.

SOARES, Marisley Vilas Bôas; FORSTER, Aldaísa Cassanho; SANTOS, Manoel Antônio dos. Avaliação das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005;** 14(2): 111-118.

115 CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADOS ÀS PRÁTICAS DE GESTÃO COM ENFOQUE NA SAÚDE DO TRABALHADOR.

RABENSCHLAG, Liange Arrua
(Autora e Relatora. Enfª. Esp. em Auditoria em Saúde. Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Rio Grande do Sul, Brasil. fone: (55) 84074012. E-mail: enfermeiraliange@hotmail.com)

INCHAUSPE, Juciane Aparecida Furlan
(Autora. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Técnica de Enfermagem do CME/HCAA, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Fone: (55) 96217641. E-mail: anelann@gmail.com)

SILVA, Sérgio Arthur
(Autor. Enfº. Esp. Em saúde coletiva , Servidor 4ª CRS, Prof. Faculdade Integrada de Santa Maria. E-mail: serthur@ibest.com.br)

FERREIRA, Tanise Finamor
(Autora. Enfermeira. Pós Graduanda em Formação Pedagógica e Terapia Intensiva: Ênfase em Oncologia e Controle de Infecção Hospitalar. UNIFRA. tanisefinamor@hotmail.com)

VIERO, Viviane
(Autora. Enfermeira graduada pela UFSM. Pós-graduada em Formação Pedagógica de Docentes para a Educação Profissional. Servidora Técnica Administrativa da UFSM, lotada no HUSM/Ambulatório de Quimioterapia. E-mail: viviviero@hotmail.com)

MACHADO, Bruna Parnov
(Autora. Enfª Mestranda PPGEnf/UFSM. E-mail: bruninha_pmachado@hotmail.com)

Descritores: enfermagem; saúde do trabalhador; gestão em saúde.

A enfermagem vive um momento significativo no tocante às questões relacionadas aos processos de gestão e gerenciamento, onde há a preocupação em entender a dimensão gerencial e as possíveis articulações com a dimensão assistencial, que compõe o processo de trabalho. Nestas prerrogativas, este trabalho busca na literatura científica, por meio da utilização de livros e periódicos pertinentes ao tema proposto, o embasamento necessário para afirmar à importância de o enfermeiro ser alguém dedicado à pesquisa e a busca em conhecer novos recursos que estão à disposição dos serviços de saúde, onde o objetivo desta reflexão teórica é mostrar para os profissionais que é possível desenvolver um trabalho voltado para o desenvolvimento de melhores praticas de gestão em enfermagem. Neste cenário, a administração dos serviços de saúde, por sua vez, sempre esteve ligada ao enfermeiro e assim, no decorrer da história, o gerenciamento dos Serviços de Enfermagem foi incorporado à prática da Enfermagem, inclusive legalmente, como atribuição privativa do enfermeiro (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009). Nessa perspectiva, o gerenciamento em enfermagem, especialmente no ambiente hospitalar, sofre forte influência da administração clássica, em particular do modelo taylorista/fordista e burocrático, caracterizado por divisão do trabalho, hierarquia, autoridade legal, sistema de procedimentos e rotinas, impessoalidade nas relações entre outros. A concepção de gerência favorece a interação com a assistência, contudo, historicamente, na enfermagem, os processos de cuidar e de administrar quase não se tocam correndo de forma paralela, o que pode ser modificado com a promoção de uma aliança desses dois eixos que permitirá constituir o cuidar gerenciando e o gerenciar cuidando, interpretado como uma construção para a

enfermagem brasileira e um novo paradigma (FERRAZ, 2000 apud HAUSMANN e PEDUZZI, 2009). Pesquisas mostram o papel relevante da graduação, do próprio enfermeiro e de instituições empregadoras no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências gerenciais (ROTHBARTH, WOLFF, PERES, 2009). Nesta mesma direção alguns estudos fazem referência à gerência participativa, que visa qualificar a assistência por meio da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial, articulação esta que se entende por gerenciamento do cuidado, que também é caracterizado pela ênfase na comunicação e interação entre os profissionais e o paciente. Acredita-se que a mudança na maneira de o enfermeiro executar o seu trabalho, no sentido de articular o assistencial e o gerencial, poderá propiciar maior visibilidade à sua atuação (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009). Somados a esse entendimento, está intrínseco as questões relacionadas à saúde do trabalhador, visto que a gerência de enfermagem é uma atividade que vivencia a articulação entre a promoção da saúde e trabalho constantemente. Desta forma, a saúde do trabalhador não se remete apenas a problemas diretamente relacionados ao processo de trabalho, mas também as questões referentes à intersetorialidade, que precisam caminhar juntas a fim de buscar uma atuação mais abrangente do profissional enfermeiro. Sabe-se que a estrutura organizacional possui influencia sobre o trabalhador, em relação a sua autonomia e desempenho prático e que o não entendimento dessa sistemática pode também levar o individuo ao adoecimento. O enfoque da promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde vêm se colocando como um instrumento poderoso para que a saúde do trabalhador possa integrar-se e sair do isolamento em que se encontra nas políticas públicas de saúde, por meio de sua inserção na proposição de políticas saudáveis, procurando mostrar que os problemas de saúde por essa área apresentados não diz respeito apenas aos trabalhadores, mas também ao meio ambiente e a população como um todo (ALVES, 2003 apud CAVALCANTE ET AL, 2008). Neste sentido, as intervenções em saúde do trabalhador devem ser pautadas na concepção de que saúde não significa apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas também a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos. Entendemos que essa articulação só será possível quando questões relativas à saúde e ao trabalho forem incorporadas nas discussões e implementações de políticas públicas. Para isso, devemos reconhecer que saúde, doença e trabalho são permeados por questões mais amplas, buscando subsídios em saberes transdisciplinares e considerando a dimensão da subjetividade neste processo (CAVALCANTE et AL, 2008). Sendo assim, as competências gerenciais podem ser desenvolvidas ou aperfeiçoadas de muitas maneiras durante a vida profissional do enfermeiro, pois a competência é construída, aprimorada e renovada de forma permanente, em um fluxo que requer aprendizado contínuo.

Referências

ALVES, R.B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19 (1):319-22. In: Cavalcante, C.A.A, Nóbrega, J.A.B., Enders, B. C., Medeiros SM. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2008,10(1): 241-248.

CAVALCANTE, C. A. A, NÓBREGA, J.A.B., ENDERS, B. C., MEDEIROS, S. M. Promoção da saúde e trabalho: um ensaio analítico. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** 2008,10(1): 241-248.

FERRAZ, C.A. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. Acta Paul Enfer. 2000; 13 (Esp 1):91-7 In: HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina; Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm,**

Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 258-65.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina; Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 258-65.

ROTHBARTH, S.; WOLFF, L. D. G.e PERES, A. M. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 321-329.

116 REVISANDO TÉCNICAS DE CURATIVO NO SERIDÓ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FETTERMANN, Fernanda A.
(Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa – UNIPAMPA. E-mail: fefettermann@hotmail.com)

PICCININI, Aline M.
(Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS. Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiana. . E-mail: jussaralipinski@unipampa.edu.br)

LIPINSKI, Jussara M.
(Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora Substituta da Universidade Federal do Pampa, campus Uruguaiana. aaline-martinelli@hotmail.com)

Descritores: Curativos, Coberturas, Enfermagem.

Introdução: O presente relato de experiência descreve as vivências de discentes e docentes da Universidade Federal do Pampa - Unipampa, durante atividade realizada no projeto Rondon, no período de 24 de janeiro a 07 de fevereiro de 2011, no município de Tenente Laurentino Cruz, região do Seridó, situado no estado do Rio Grande do Norte (RN). O projeto Rondon, coordenado pelo Ministério da Defesa em parceria com Universidades de todo Brasil, é um projeto de integração social que envolve a participação de docentes e discentes de forma voluntária, na busca de soluções que contribuam para o desenvolvimento sustentável de comunidades carentes e ampliem o bem-estar da população e busca aproximar os discentes da realidade do País, além de contribuir, também, para o desenvolvimento das comunidades assistida. O projeto realiza uma estreita parceria entre diversos Ministérios e o imprescindível apoio das forças armadas, que proporcionam o suporte logistico e a segurança necessária as operações. Conta também com o apoio dos Governos Estaduais, prefeituras Municipais, União Nacional Estudantil, Organizações não-governamentais, Organização da Sociedade Civil . A Unipampa participou da operação Seridó, no conjunto A, que abrange as áreas da cultura, direitos humanos e justiça, educação e saúde. Em parceria com a Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"- UNESP, que realizou suas atividades no conjunto B, foram realizadas mais de quarenta ações, que buscaram solucionar as necessidades locais. A universidade vem participando semestralmente das diversas operações do projeto Rondon, desde o ano de 2009, trabalhando ativamente para que cada vez mais acadêmicos de seus diversos campus realizarem um trabalho integrado e interdisciplinar nas operações do projeto. Durante uma viagem precursora organizada pelo Ministério da Defesa e realizada por uma docente da Unipampa, foi realizado um breve reconhecimento do município, onde foram observadas as necessidades e carências locais. Em contato com a coordenadora do centro de saúde Padre José Dantas foi referida a necessidade de capacitação técnica de profissionais de nível médio para a realização de curativos e aplicação de coberturas. Em atendimento a esta necessidade, foi realizada a atividade revisando técnicas de curativo, que teve como objetivo a capacitação de diversos profissionais da área da saúde em especial a equipe de enfermagem, para o tratamento de lesões teciduais, realizando de forma correta curativos e coberturas simples**.** Uma ferida é caracterizada pela interrupção de um tecido corpóreo, em grande ou pequena extensão, causada por qualquer tipo de trauma externo ou interno, ou desecadeada por uma afecção clinica, que aciona as frentes de defesa orgânica que reagem contra o ataque.[1] O tratamento local da ferida é denominado curativo, que constitui do procedimento de limpeza e cobertura de uma lesão, com o

objetivo de auxiliar no restabelecimento tecidual protegendo a lesão contra agentes externos físicos, mecânicos ou biológicos, bem como a redução de agentes infecciosos no local lesionado, a fim de reduzir os riscos e minimizar complicações, objetivando o bem estar físico e mental do paciente.[²] A forma muitas vezes desatualizada com que os profissionais realizam o curativo e as coberturas, implica diretamente no processo de cicatrização da lesão, além de causar desconforto, dor e baixa auto-estima ao usuário, pela falta de integridade da pele. Realizar um curativo efetivo, confortável e esteticamente aceitável ao paciente torna-se um desafio para a equipe de enfermagem , que necessita cada vez mais de aprimoramento e especialização, devido aos constantes avanços científicos e tecnológicos, que buscam fornecer ao usuário qualidade e eficácia no tratamento da lesão.[³] O tratamento com feridas não pode ser um procedimento automático, mas um exercício com conhecimento científico em que a equipe de enfermagem deve atuar de forma conciênte visando aplicar medidas que tenham como resultado um bom processo de cicatrização.[4] É de extrema importância que o profissional realize os procedimentos de forma correta e adequada, pois isso reflete diretamente no tempo de reparação tissular, sofrimento fisico e psicco do paciente, que busca recuperar sua integridade física. Objetivo: O presente trabalho tem por finalidade relatar a experiência de discentes e docentes da Universidade Federal do Pampa - Unipampa, na atividade revisando técnicas de curativo, que buscou capacitar profissionais da área da saúde na realização de técnicas básicas de curativos. Metodologia: A atividade foi realizada através de uma oficina com a participação de diversos profissionais, que atuam nas Unidades Básicas (UBS), do município. A atividade teórica foi realizada com a utilização de equipamento de multimidia, através de exposição dialogada, onde foram expostas aos participantes as forma corretas de realização de curativos a partir do uso de duas técnicas simples-estéril e limpa e formas de cobertura. Após a atividade inicial realizou-se a atividade prática através de simulação de lesão tecidual, com uso dos material necessários a realização das técnicas limpa e estéril, simultaneamente, para que houvesse um melhor entendimento por parte dos participantes para as diferenças nos tratamentos e seus cuidados. Resultados: Os resultados apontam para um grande interesse e boa compreensão por parte dos profissionais sobre a importância de realizar curativos e coberturas de forma correta, respeitando as técnicas recomendadas por literaturas, promovendo assim uma melhora na cicatrização de lesões e bem estar físico e mental do paciente. Percebeu-se que a presença dos rondonistas no município incentivou os profissionais da área da saúde em especial da equipe de enfermagem a busca de atualização sobre o tratamento de feridas o que contribui para que esses revisem seus conhecimentos e busquem cada vez mais desenvolver competências teóricas e práticas, que visam o bem-estar do paciente. Conclusão**:** O projeto Rondon vem oferecendo aos acadêmicos de diversas universidades brasileiras, através de um trabalho voluntário, a possibilidade de conhecer e vivenciar as diferentes realidades das comunidades carentes do nosso país, possibilitando que os discentes contribuam com o desesnvolvimento social e econômico do pais, através, de ações que beneficiem e minimizem as carências da população, resultando no bem-estar da mesma. É na busca de melhorias para a população que estudantes de diversos cursos de graduação trabalham de forma interdiciplinar, isso possibilita que realizem uma grande troca deexperiências e saberes tanto impíricos quanto científicos, o que contribui para o crescimento desses futuros profissionais.

Referências

1. CESARETTI, I.U.R. **Processo Fisiológico de Cicatrização de Ferida**. Pelle Sana, 1998.

2. GOMES, F.V; COSTA M.R. **Manual de Curativos**. Agosto, 2005.

3. FIRMO, F. **Paciente Portador de Ferida Neoplásica em Serviços de Cuidado Paliativo: Contribuição para a Elaboração de Protocolos de Intervenção de Enfermagem** . Revista Brasileira de Cancerologia, 2005.

4. Ferreira, E. et. all. **Curativo do Paciente Queimado: Uma Revisão de Literatura,** Rev Esc Enfermagem USP, 2003.

117 ESTRESSE PSICOLÓGICO: FOCO DE PESQUISAS NA ENFERMAGEM

GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf/UFSM. Bolsista CAPES/REUNI. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM - Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador. E-mail: pbtoscani@hotmail.com)

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza
(Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM - Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador)

VIERO, Natieli Cavalheiro
(Acadêmica do 7° semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem na Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador)

PROCHNOW, Andrea
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf/UFSM.. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM - Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador)

CAMPOS, Miriam Dutra de
(Enfermeira. Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM - Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador)

JACOBI, Caren da Silva
(Acadêmica do 7° semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem na Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador)

Descritores: Estresse psicológico; Trabalhadores; Saúde do trabalhador; Enfermagem.

Introdução: Na década de 70, as pesquisas sobre as repercussões do trabalho na saúde dos trabalhadores, surgem fortemente influenciadas nas observações e estudos experimentais de Hans Selye. Diversos estudos eram baseados apenas nas demandas das tarefas e outros se detinham sobre demandas *versus* capacidades do indivíduo no enfrentamento destas. O controle do trabalhador sobre o processo de trabalho não fazia parte da análise dos processos de produção de desgaste laboral [(1)]. Atualmente falar em estresse, nos remete pensar em desconforto, emocional ou de ordem física, geralmente entendido como negativo, sem compreender sua complexidade e dinamicidade, inclusive em se tratando de estresse ocupacional, ou seja advindos da atividade laboral [(2)]. Com relação ao estresse ocupacional existe uma indefinição quanto ao conceito, porém admite-se ser um fenômeno complexo, e que pode levar ao adoecimento dos indivíduos[(2)]. **Objetivo:** Esse estudo tem como objetivo apresentar as produções dos cursos de Pós-Graduação em Enfermagem acerca da temática estresse psicológico em trabalhadores. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão, por meio de busca nos catálogos da Associação Brasileira de Enfermagem, no período de seis anos (2004 a 2009) utilizando a palavra-chave estresse psicológico. Os critérios de inclusão foram: teses ou dissertações publicadas nos catálogos da ABEN no período entre os anos de 2004 a 2009, que tivesse como população, ou sujeitos de estudo, trabalhadores. Devido a aprovação da Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador, em 2004, utilizou-se esse ano como marco

histórico e político para essa busca. **Resultados:** Na busca nos catálogos obteve-se 49 estudos entre teses e dissertações, porém neles constavam estudos com pacientes. Após a seleção submetendo os estudos aos critérios de inclusão, obteve-se 38 estudos. Destes estudos 76,3% (n=29) são dissertações de mestrado, e 23,7% (n=9) são teses de doutorado. Quanto ao tipo de estudo 50% (n=19) são estudos quantitativos, 39,5% (n=15) estudos qualitativos, 5,3% (n=2) estudos quanti-qualitativos e 5,3% (n=2) revisão integrativa. Relacionado aos cursos de pós-graduação, destaca-se a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo, e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo -Ribeirão Preto, que contam com 31,6% (n=12) cada. A Universidade Federal do Rio Grande (FURG) conta com 10,52% (n=4), a Universidade Estadual do Rio de Janeiro-Escola Alfredo Pinto, conta com 7,9% (n=3), e a Universidade Estadual de Campinas possui 5,3% (n=2) dos estudos. As demais universidades: Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Paraná, Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Minas Gerais, contam com 2,63% (n=1) dos estudos cada uma delas. Quanto ao tipo de trabalhadores estudados, destaca-se os trabalhadores da enfermagem com 68,42% (n=26), os agentes comunitários de saúde e os docentes com 10,52% (n=4) cada um deles, as equipes multidisciplinares da área da saúde com 7,9% (n=3), e um (2,63%) estudo com comissários de bordo. Para discutir a temática estresse psicológico em trabalhadores foi necessário categorizar os estudos em: trabalhadores da enfermagem, docentes, agentes comunitários de saúde, equipes multidisciplinares da área da saúde, a fim de que possamos caracterizar cada uma dessas categorias relacionando com o estresse. A enfermagem, por suas características, pelo fato de trabalhar com doenças críticas, situações limítrofes da vida, de morte e pela complexidade de seu trabalho compõe um cenário desgastante que a torna suscetível ao estresse ocupacional [(2)]. Com relação ao trabalho da enfermagem é importante considerar outras características inerentes a profissão, ou seja, ser uma profissão interdependente, intercomplementar, estabelecendo uma autonomia relativa ao profissional de enfermagem, no que se refere aos demais trabalhadores da área de saúde e aos clientes. A sobrecarga de trabalho na enfermagem tem sido verificada como um dos principais fatores de estresse ocupacional, amplamente identificado em estudos, com trabalhadoras dessa área [(1)] Com relação aos docentes, a desvalorização profissional e a baixa auto-estima são fatores que favorecem para que os resultados encontrados nas pesquisas com docentes sejam de exaustão, alta prevalência de distúrbios psíquicos menores, desgaste psicológico, cansaço mental e nervosismo [(3)]. A profissão docente caracteriza-se por: ritmo acelerado, exigência de concentração, elevado volume de trabalho [(3)]. Nesse sentido a profissão docente ainda conta com o trabalho que é levado para o domicílio, como o planejamento, as correções de trabalhos e provas, o que também favorecem ao desgaste do trabalhador. Já os agentes comunitários de saúde (ACS) atuam como educadores, mediadores entre a comunidade e o sistema de saúde, muitas vezes ajudando as pessoas a resolverem problemas pessoais e conflitos familiares, além das cobranças vindas da equipe com relação as informações e ações destes. Nesse sentido, o ACS enfrenta grandes conflitos durante o desenvolvimento de seu trabalho, pois lida diretamente com os problemas sociais e de saúde da população sob sua responsabilidade. A complexidade da atuação do ACS sugere que, como profissional da saúde, ele esteja exposto a situações de estresse. As situações estressoras podem ser apontadas pelas condições de trabalho; questões salariais; gênero; interface família-trabalho; e carga emocional [(4)]. No que tange as equipes multiprofissionais em saúde elas podem atuar tanto na área hospitalar quanto na saúde coletiva. Na saúde coletiva a relação trabalhador-usuário demanda um certo gasto de energia e necessidade de adaptação, pelo contato direto com a realidade e sofrimento dos outros, característica própria do trabalho na saúde coletiva , levando a laços afetivos entre o profissional e o usuário [(5)]. Nesse sentido as equipes multiprofissionais que atuam na área hospitalar também mantém contato com o sofrimento,

situações limítrofes de vida, a morte, além da necessidade de tomadas de decisões rápidas e assertivas. Essas situações, somadas às características individuais de cada trabalhador, podem desencadear o processo de estresse [5] **Principais conclusões**: Percebe-se a busca de estudos com populações que apresentam riscos de adoecimento eminente, de acordo com as condições impostas pelo trabalho, como trabalhadores da enfermagem, docentes, agentes comunitário de saúde, equipes multiprofissionais de saúde e comissários de bordo. Portanto, é necessário refletir sobre a relação condições de trabalho e adoecimento tanto físico quanto psíquico. Nesse sentido precisamos despertar para estudos em outros trabalhadores como, por exemplo, policiais, bombeiros, agentes penitenciários, monitores de instituições para adolescentes, motoristas, dentre outras profissões caracterizadas como estressantes.

Referências

1 Araújo TM, Graça CC, Araújo E. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda- Controle**.** Ciência e Saúde coletiva. 2003; v. 8, n.4. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a21v8n4.pdf Acesso em: 18 de outubro de 2009.

2 Stacciarini J M R, Trócolli B T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro**.** Rev. Latino-am Enfermagem.2001. v. 9, n. 2, p. 17-25.

3 Reis Eduardo J F. Borges dos et al . Docência e exaustão emocional. 2006. Educ. Soc., Campinas, v. 27, n. 94, Apr.

4 Way Mey Fan Porfírio; Carvalho Ana Maria Pimenta.O Trabalho do agente comunitário de saúde: Fatores de sobrecarga e estratégias de enfrentamento. 2009. Rev. Enferm. UERJ; 17(4): 563-568, out-dez

5 Camelo Silvia H. Henriques, Angerami Emília Luigia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. 2004. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, Feb.

118 RELATO DE EXPERIÊNCIA: ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DE UMA GESTANTE ADOLESCENTE, DESAFIOS Á ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DUARTE, Giane
(Aluna do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas- FEn- UFPel, E-mail: giani_cd@hotmail.com)

OLIVEIRA , Maria José Santos
(Aluna da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas-UFPel Pelotas/RS Endereço: AV. JK De Oliveira nº600 Apto 108 Bloco 2 Condomínio Simon Bolívar
E-mail: maria_santos_rs@yahoo.com.br)

Descritores: Enfermagem, Vulnerabilidade Social, Gravidez na Adolescência

Introdução: segundo a organização mundial da Saúde, (Who, 2001), compreende-se como gestação na adolescência, a faixa etária de 10 á 20 anos incompletos, evidenciando-a como um problema social e ou de saúde pública. Menciona-se, também a complexidade e os riscos a serem transpostos pela adolescente e os profissionais que á assistem, evitando possíveis intercorrências e danos à prole. As gestantes de alto risco são mulheres que apresentam fatores de risco na gestação, sejam eles ambientais, biológicos, psicológicos, clínicos, sócio-culturais ou econômicos e que têm maior probabilidade de apresentarem uma evolução desfavorável na gravidez, o que pode levar a um aumento de morbidade e mortalidade materna, fetal e do lactente (Benson, 1991). Partindo desta premissa, Grandi & Sarasqueta, colocam a atenção pré-natal e a precocidade do ingresso ao mesmo, além da periodicidade dos atendimentos e a captação das gestantes, como fatores cruciais ao saudável desenvolvimento do período gestacional. O momento da primeira visita pré-natal, bem como a freqüência das visitas antenatais são usualmente referidos como possíveis elementos contribuintes na diminuição das taxas de morbimortalidade Peri natal. Não somente isso, mas também, segundo Freire, somente o diálogo gera um pensar crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo. Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, a enfermeira estimula o falar fazendo com que a gestante interfira, dialogue e se sinta capaz. A premissa básica daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser a de propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é ajudar o ser humano a ajudar-se, fazendo-o agente de sua recuperação, com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas**.** Diante do exposto, apresenta-se o seguinte **objetivo**: relatar a experiência dos acadêmicos de enfermagem na assistência pré-natal de uma adolescente, buscando promover através do vinculo, propostas de educação e saúde, com vistas a um período gestacional saudável. **Método:** a experiência aqui relatada é resultante da participação de acadêmicos na assistência pré-natal numa unidade básica de saúde localizada no Sul do Brasil, no segundo semestre de 2010. Utilizou-se do consentimento livre e esclarecido, que se norteia pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Após esclarecimento ao cliente, em relação ao acompanhamento bem, como das “possíveis intervenções”, procedeu-se ao inicio do trabalho. Ao iniciarmos, o acompanhamento a adolescente, encontrava-se com cinco meses de gestação. A partir daí, foram realizadas visitas domiciliares com prévio agendamento, totalizando três visitas, nestas visitas, buscávamos esclarecer dúvidas levantadas pela gestante, bem como trabalhar o desenvolvimento pré-natal com vistas á melhor aceitação da gestação. Além disso, junto á enfermeira responsável pelo pré-natal da referida gestante, acompanhamos as consultas, que no decorrer do período foram duas, onde tivemos acesso ao prontuário e exames realizados. A partir do levantamento de situações problemas, destacamos: a

vulnerabilidade social, situação familiar desarmônica, gestação de risco, com á não aceitação a realização do pré-natal em uma unidade especializada, segundo ela por causa de recursos financeiros escassos, estava desempregada. Não somente isso, mas também, pelo fato do ex-companheiro ser adolescente e de idade inferior a da gestante. Buscamos trabalhar educação em saúde, pois a mesma desde o inicio da vida sexual nunca realizou exame citopatológico, apresentava quadro nutricional inadequado, fato evidenciado no hemograma pelos índices relacionados á anemia, bem como por relatos da adolescente, além de ingerir teor elevado de álcool no inicio da gestação. Tentamos, a partir do exposto, incentivar a possibilidade de mudanças de hábito de vida, bem como mostrar-lhe perspectivas de crescimento enquanto ser humano, mãe e cidadã. **Conclusão e Resultados:** A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde (Costa & López, 1996). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas. Onde fazemos com que se tornem sujeitos ativos de sua transformação, através da troca de vivências com as acadêmicas, e a partir do estabelecimento de vínculo, foi possível construir uma nova realidade. Vivenciamos junto á paciente seus temores e perspectivas, podendo assim auxiliá-la e tranqüilizá-la em relação aos mesmos. Deste modo, levou-se a gestação a termo. Houve considerável ganho de peso ponderal e baixa nos índices anêmicos, além de sensibilização quanto ao ser que estava gerando, levando assim à aceitação da gestação, e do encaminhamento a unidade de alta complexidade, no final da gestação. Denoto a importância das acadêmicas serem desprovidas de preconceitos, uma vez que cada indivíduo dentro da suas peculiaridades tem sempre algo a acrescentar ao saber coletivo.

Referências

Organização Mundial da Saúde, 2001. **Relações Sexuais Entre os Jovens nos Países em Desenvolvimento**: Evidências da OMS Genebra: OMS.

BENSON, R. C. **Manual de Obstetrícia e Ginecologia**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 678p

Grandi C, Sarasqueta P. **Controle Pré-natal: Evolução dos Requisitos Básicos Recomendados para Diminuir o Dano Peri natal**. (RJ) 1997; 73:15-20

Freire P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. **Educação para a saúde**. Madri: Pirâmide, 1996. p.25-5

119 ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA ACERCA DO USO DE CATETER VENOSO CENTRAL EM ADULTOS HOSPITALIZADOS

Leal, Karine Poerschke
(Acadêmica de Enfermagem da Universidade federal de Santa Maria (UFSM). Membro do grupo de pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, da linha de pesquisa "Stress, coping e burnout". Email: karinepleal@hotmail.com)

Girardon-Perlini, Nara Marilene Oliveira
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Pesquisadora membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, professora da disciplina "Enfermagem no cuidado ao adulto")

Descritores: Enfermagem; Cateterismo venoso central; Adulto; Pacientes internados; Hospitalização.

Introdução: O cateter venoso central (CVC) constitui-se num importante recurso para a sustentação de pacientes dependentes de medicação endovenosa prolongada[1]. É um dispositivo utilizado, especialmente em unidades de tratamento intensivo[2], permitindo a monitoração de pacientes em estado crítico, além de servir como via de acesso para aqueles que necessitam de suporte nutricional venoso (Nutrição Parenteral Total - NPT). Para a seleção do CVC apropriado, diversos fatores devem ser ponderados, incluindo a duração do tratamento e o tipo de terapia, a avaliação do sistema venoso do paciente, entre outros. O cateter central pode ser do tipo não tunelizado, tunelizado e com reservatório. O cateter não tunelizado é o mais utilizado e de fácil colocação e retirada, dispensando a necessidade de cirurgia. Apresenta curta durabilidade e está diretamente relacionado à 90% das infecções de cateteres. Os cateteres tunelizados têm um trajeto subcutâneo antes da inserção a nível venoso, o que permite a aderência ao tecido no espaço subcutâneo, ajudando a manter o cateter na posição correta e a diminuir o risco de infecção. A implantação deste cateter se dá de forma cirúrgica e apresenta longa durabilidade. São mais utilizados por pacientes oncológicos expostos a tratamento quimioterápico[3]. Os cateteres com reservatório subcutâneo, também denominados de totalmente implantáveis, são implantados cirurgicamente na parede torácica, ficando totalmente inseridos no organismo. Apresenta longa durabilidade e suas principais vantagens são o menor risco de infecção, a menor periodicidade de manutenção e manipulação e o menor impacto causado na imagem corporal, resultando em maior comodidade para o usuário. É, comumente utilizado por pacientes que realizam hemodiálise ou quimioterapia[4]. A cateterizaçäo venosa central tem sido recomendada e utilizada com objetivos terapêuticos e diagnósticos nas diferentes unidades de internação, independente de especialidade clínica. Apesar da relativa simplicidade na sua execução, é uma técnica que pode oferecer riscos e complicações decorrentes do seu posicionamento incorreto[1]. Não obstante aos benefícios de sua utilização, as complicações infecciosas constituem a mais freqüente causa de morbidade. Nesse contexto, a infecção hospitalar representa um desafio na prática clínica do paciente hospitalizado, necessitando de prevenção constante e de controle de procedimentos invasivos. Dessa forma, sendo o CVC um recurso indispensável para o tratamento de alguns pacientes, predispõe os mesmos a desenvolverem infecções de origem local ou sistêmicas, cuja incidência depende de aspectos como o tipo de cateter utilizado, a freqüência de manipulação do mesmo e os fatores relacionados às características do paciente[2,5]. O acesso dos microorganismos patogênicos ao cateter pode acontecer no momento da inserção, através da colonização da pele ao redor do orifício, da contaminação de conexões e extensores entre o sistema de infusão e o acesso vascular, por meio da infusão de

soluções contaminadas, utilizadas para manter a permeabilidade do cateter, por via hematogênica de outro foco infeccioso distante e pelas mãos contaminadas dos profissionais de saúde[5]. Nesse sentido, os profissionais de enfermagem assumem importante papel na repercussão do uso desse dispositivo. Dentre as medidas que potencializam bons resultados na utilização do cateter estão aquelas que se relacionam, principalmente, a qualificação das ações de cuidado, as quais podem ser viabilizadas e estimuladas por meio do desenvolvimento de educação em saúde permanente e do controle de infecções[5]. Assim, considerando que a motivação para o presente estudo é decorrente de vivências em uma unidade de internação adulto, onde foi possível evidenciar, *in loco,* a constante necessidade de prestar cuidados de enfermagem a pacientes que faziam uso de cateteres venosos centrais e a importância do papel do enfermeiro na assistência pretendeu-se realizar uma revisão bibliográfica com o **objetivo** de caracterizar a produção científica relacionada ao uso de cateter venoso central por pacientes adultos hospitalizados presentes na literatura. **Metodologia:** Estudo de caráter bibliográfico, realizado no período de janeiro e fevereiro de 2011, orientado por meio de uma revisão sistemática da literatura. Estabeleceu-se como questão norteadora do estudo: Quais as tendências das publicações relacionadas a cateteres venosos centrais em pacientes adultos hospitalizados? Realizou-se a busca de artigos científicos indexados nas bases de dados LILACS, BDENF e na SciELO, utilizando-se as palavras chaves cateter venoso central e adulto. Como critérios de inclusão foram definidos: artigos em português, inglês e espanhol, sem delimitação temporal e indexados nas bases de dados e biblioteca eletrônica referidas anteriormente. E, como critérios de exclusão, trabalhos com resumos não disponíveis on-line, resumos de teses, dissertações e anais de eventos, inadequados ao objeto do estudo, tais como: estudos referentes ao uso do cateter central a nível ambulatorial, domiciliar e relacionados a pediatria e neonatologia. Trabalhos que apareceram em duplicidade na mesma ou na outra base de dados foram considerados apenas uma vez. **Resultados:** Encontrou-se 81 trabalhos no total. Desses, 5 estavam em duplicidade e foram considerados apenas uma vez e 4 eram resumos de teses, projetos ou de anais de eventos e foram excluídos, totalizando 72 trabalhos encontrados. Das 72 publicações, 61 apresentaram inadequação ao tema, ficando a amostra constituída de 11 trabalhos. Quanto à quantidade de publicações, destaca-se a escassez de produção da área da enfermagem referente ao cateter venoso central, mesmo sendo a manipulação desse dispositivo uma atividade desenvolvida no cotidiano de trabalho. Com relação ao ano de divulgação dos trabalhos, observou-se que as publicações não são atuais. No que se refere aos aspectos abordados nos estudos evidenciou-se enfoques relacionados às indicações para a utilização de um CVC como, por exemplo, situações de hipovolemia, hipotensão, administração de medicações irritantes, de transfusões e de medicamentos a longo prazo, alimentação parentérica, coletas de sangue frequentes, realização de hemodiálise e no caso de acesso periférico difícil. Quanto a inserção de um CVC esta pode ser feito através de uma abordagem torácica, inguinal ou abdominal. Na abordagem torácica as grandes veias do tórax superior (subclávia, jugular ou axilar) são as mais utilizadas. Na abordagem inguinal utiliza-se a veia femoral, enquanto que na abordagem abdominal se utiliza a veia cava inferior[4]. Com relação as complicações identifica-se como predominante a flebite, trombose venosa, arritmia, embolia, infecção local, sepses, endocardite, deslocação do cateter ou migração da ponta do cateter, rotura do dispisitivo, alergia ao material, formação de coágulos e obstrução do lúmen[4]. Como resultado do estudo, observou-se a ocorrência de infecções associadas ao cateter, a prevalência do sexo masculino como o mais acometido e evidenciou-se o *Staphilococcus aureus* como o microorganismo de maior incidência. Quanto a medidas de prevenção de complicações destacam-se os cuidados adequados dispensados pela equipe de enfermagem ao manipular o cateter, tais como a correta heparinização dos lúmens e utilização de técnica asséptica durante os procedimentos de inserção e manejo[4]. Os cuidados realizados pela equipe de enfermagem são considerados

indispensáveis para evitar infecções e para promover o adequado funcionamento do CVC, dentre eles destacam a realização de curativo que pode ser diário ou periódico, utilizando assepsia correta, solução adequada, material de curativo estéril, evitando manipulação desnecesária, realizando troca de equipos e extensores frequentes e presença de sinais flogísticos. Evidencia-se que a tendência presente nos artigos publicados direciona-se, sobretudo, a identificar a incidência de infecção e complicações em pacientes que fazem uso de CVC, bem como a associação com diversos fatores de risco e ao agente etiológico das infecções. Na perspectiva de minimizar o quantitativo de infecções recorrentes, estudos[2,5] apontam que a padronização de rotinas relacionadas ao uso de cateter e a educação da equipe de saúde podem ser a medidas importantes para a prevenção das complicações advindas do mau uso do cateter. Chama-se a atenção para a lavagem das mãos como estratégia primordial na prevenção das infecções hospitalares. **Considerações finais:** O cateter venoso central é um dispositivo utilizado como aliado de grande importância na realização de uma terapêutica adequada e eficiente a pacientes hospitalizados, pois oferece melhores condições e maiores variabilidades para a continuidade dos tratamentos que necessitam acesso endovenoso. Nesse sentido, padronizar as rotinas relacionadas a estes cuidados pode ser uma estratégia no intuito de reduzir as complicações e, conseqüentemente, o período de internação e os custos hospitalares. Por outro lado, tal investimento corrobora para o aperfeiçoando e a qualificação da assistência dispensada pela equipe de enfermagem, resultando na melhoria e eficiência do serviço prestado. Assim, considerando a pouca produção da enfermagem, percebe-se a necessidade de retomar aspectos relativos à prática clínica do cotidiano do cuidado ao paciente hospitalizado.

Referências

1. Bittelbrunn FP; Vieira MV; Genro CH. **Complicações precoces e localização do cateter na caracterização venosa: diagnóstico radiológico**. Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. Do Sul;9(1):15-8, abr. 1989.

2. Mesiano ERAB; Merchán-Hamann E. **Bloodstream infections among patients using central venous catheters in intensive care units**. Rev latinoam enferm;15(3):453-459, maio-jun. 2007. tab.

3. Danbury Hospital: A Higher Level of Care. O que é um cateter venoso central de inserção periférica (PICC) ou “Midline”? Folha de Informação aos Pacientes do Danbury Hospital. Disponível em: http://www.danburyhospital.org/en/Patient-and-Visitor-Information/Information-Guides/~/media/Files/Patient%20Education/patiented-portuguese/pdf_OtherFactSheetsBrazPort/PICC_BrazPort.ashx. Acesso em janeiro de 2011.

4. Banha F; Vivas P; Pires R. Revista Nursing Portuguesa, n.245, junho 2009. Heparinização de cateteres. Disponível em: http://www.forumenfermagem.org/index .php?option=com_content&view=article&id=3512:heparinizacao-de-cateteresn&catid=206:junho-2009. Acesso em janeiro de 2011.

5. Netto SM; Echer IC; Kuplich NM; Kuchenberger R; Kessler F. **Infecção de cateter vascular central em pacientes adultos de um centro de terapia intensiva**. Rev gaúch enferm;30(3):429-436, set. 2009.

120 DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO DE SAÚDE: UMA PROPOSTA DO NÚCLEO INTERDISIPLINAR DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO

SILVA, Silvana de Oliveira
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão. Email: silvanao@ymail.com)

SILVA, Marciele Moreira da
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Membro do NIEPE)

EBLING, Sandra Beatris Diniz
(Enfermeira. Mestranda em Educação pela UNIJUÍ. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do NIEPE)

Descritores: Saúde Pública; Atenção primária à saúde; Planejamento em saúde;

Introdução: No decorrer das últimas décadas o Brasil vem clamando por alterações e modificações por meio da constante luta, ideológica e política na tentativa de reverter o modelo assistencial vigente e hegemônico. Modelo este marcado pela fragmentação das ações, pela supervalorização dos aspectos biomédicos que centraliza a doença e os procedimentos e reduz o sujeito a objeto[1]. Diante das características predominantes nas atuais práticas de saúde e suas consequências sobre a população, parece relevante a união de esforços para construção de uma assistência que incorpore os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e ofereça um modelo de cuidado integral, humanizado e comprometido em garantir o direito a saúde e atender as necessidades socialmente determinadas. Nessa conjuntura, dentre as diretrizes estruturantes preconizadas pelo SUS, destacam-se a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade. A descentralização possibilita que o planejamento em saúde se distancie do caráter centralizador e descontextualizado da realidade e se configure como um processo construído participativamente. Na assistência integral busca-se transcender a dicotomia artificialmente criada entre saúde e doença, prevenção e cura, recolocando o ser humano no centro da atenção[2]. Estudiosos ressaltam a importância de criar condições para que o setor saúde faça acompanhamento e vigilância no processo saúde-doença das comunidades a fim de dar respostas às intercorrências ali presentes de forma mais global e participativa possível[3]. Ainda, sugerem a necessidade de o setor integrar-se a rede das relações sociais que indivíduos e grupos estão inseridos para, dessa forma, contribuir com engajamento destes como atores da construção de uma sociedade com melhores condições de vida. No que se refere a assistência à saúde no município de Santiago, essa se encontra em um período de transformação, uma vez que as Estratégias de Saúde da Família (ESF) estão em fase de reestruturação, necessitando, portanto, da incorporação de propostas que venham atender ao modelo de atenção à saúde preconizado pelo SUS, cujo enfoque enfatiza a importância de considerar a dinâmica da realidade local como essencial para fundamentar o planejamento das intervenções. Desse modo, o Diagnóstico Comunitário em Saúde surge como uma proposta oportuna para identificar os problemas, as necessidades, os recursos de uma comunidade, constituindo-se como a primeira etapa do planejamento em saúde comunitária. Assim, embasando-se no que apregoa a legislação vigente no tocante as políticas públicas, na formação de profissionais de saúde e em

ideias que sustentam a importância da integração entre universidade e serviços de saúde é que surgiu o Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão (NIEPE), uma parceria entre a URI Campus de Santiago e a Secretaria Municipal de Saúde, composto por docentes e discentes dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Farmácia e Psicologia e profissionais integrantes das ESFs e NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). O NIEPE busca consolidar-se como um espaço capaz de produzir reflexões da práxis e transformação do contexto onde os atores sociais estão inseridos. Com base no exposto, este relato tem por **Objetivo** apresentar a proposta de estudo que será desenvolvida pelo NIEPE intitulada: Diagnóstico comunitário de saúde dos distritos geo-sanitários do município de Santiago. **Metodologia:** o projeto busca conhecer como se configura a realidade local dos distritos geo-sanitários do município de Santiago em seus múltiplos aspectos, a fim de propor intervenções adequadas às necessidades identificadas. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quanti-qualitativa. A metodologia utilizada será embasada na proposta do Instituto para o desenvolvimento da Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e sugerido para os gestores em saúde no planejamento da atenção à saúde[4]. Esta pesquisa será realizada no município de Santiago, o qual está dividido geograficamente em doze (12) distritos geo-sanitários, destes, oito (8) possuem unidades de ESFs, as quais foram implantadas entre os anos de 2004 e 2009 e cobrem, atualmente, 57% da população total. Os distritos geo-sanitários eleitos para esse estudo, são os que possuem unidades de ESFs. Essa escolha deve-se a três fatores. O primeiro, porque, conforme depoimento dos profissionais das equipes das ESFs, estes estão atuando majoritariamente sem o conhecimento da realidade local. Segundo, porque esse deve ser considerado como um espaço privilegiado para as ações de atenção primária à saúde. Terceiro, por tratar-se de um dos campos de prática profissional dos acadêmicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Farmácia e Psicologia da URI-Santiago.Os sujeitos dessa pesquisa serão constituídos pelos profissionais de saúde que atuam nas equipes das ESFs, bem como, informantes-chave (lideranças locais, diretores de escolas e creches, moradores antigos da comunidade, lideres religiosos, entre outras pessoas significativas da comunidade).Para a coleta de dados será utilizada a Estimativa Rápida Participativa (ERP) por proporcionar a identificação das necessidades de saúde dos grupos distintos que constituem a população. A contribuição desse método reside em evidenciar os problemas que afetam a população e seus determinantes, sociais, econômicos e ambientais[4]. A técnica da ERP consiste em trabalho de campo cuja finalidade é colher dados de fontes primárias (entrevistas com informantes-chave) e secundárias (registros do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB; PROGRAB, entre outros), passeio ambiental para o reconhecimento do território e por fim, o mapa inteligente que é a representação gráfica interativa com os problemas que se distribuem no território. Quanto aos dados quantitativos as variáveis qualitativas serão descritas por meio da frequência absoluta e relativa, enquanto que as quantitativas pela média e desvio padrão. Para a análise dos dados qualitativos seguir-se-á a Análise de Conteúdo do tipo temática proposta por Minayo[5] por ser uma das mais adequadas para a investigação qualitativa dos dados sobre a saúde. Para assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo do estudo serão respeitados os direitos dos indivíduos, levando-se em consideração o que prescreve a Resolução nº196, de outubro de 96 do Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma, o projeto de pesquisa está registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade - CAAE OOO5.0.285.000-11 obtendo parecer de aprovação do CEP nº ICHOO42011. **Resultados prévios:** Com vistas a atingir o objetivo da pesquisa, inicialmente no mês de março de 2011, realizou-se a seleção dos acadêmicos para compor a equipe do NIEPE. Foram selecionados quinze estudantes de diferentes semestres, sendo cinco de cada curso. Em um primeiro encontro observou-se a necessidade de aprimorar os conhecimentos na área da Saúde Coletiva. A partir disso, construiu-se coletivamente, um cronograma de estudos de acordo com as necessidades percebidas no grupo, a

fim de estabelecer espaço de discussão sobre atenção primária em saúde, planejamento em saúde com ênfase no diagnóstico comunitário. Atualmente, o estudo encontra-se em fase de construção do instrumento de coleta de dados para a entrevista com os informantes-chave. **Algumas considerações:** Com esse estudo espera-se a partir dos problemas identificados, a implementação de políticas públicas capazes de transformar as práticas sanitárias, a formação profissional e, por conseguinte, atender as reais necessidades da população santiaguense. Além disso, acredita-se que o NIEPE proporcionará uma experiência impar ao que se refere à interdisciplinaridade, oportunizando a integração e o compartilhamento de saberes entre o ensino-serviço.

Referências

1. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

2. Silva AMR. et al. A unidade básica de saúde e seu território. In: Bases da saúde Coletiva. Andrade SM, Soares DA, Cordoni Junior L. Londrina: UEL, 2001. 267p.

3. Furtado LAC, Tanaka OY. Processo de construção de um distrito de saúde na perspectiva de gestores e médicos: estudo de caso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.32, n.6, p. 587-95, dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n6/v32n6a2278.pdf. Acesso em 24 de março de 2011.

4. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. (Série Saúde & Cidadania) São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 269 p. 2004.

121 ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: MORBIDADES EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS

ARRUÉ, Andrea Moreira
(Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), membro do Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS. E-mail: andrea.mor@hotmail.com)

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS)

PEREIRA, Fernanda Portela
(Enfermeira do Hospital da Brigada Militar de Santa Maria (HBMSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS /UFSM)

BUBOLTZ, Fernanda Luisa
(Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS /UFSM)

Descritores: Assistência Integral à Saúde da Criança; Morbidade; Saúde da Criança.

Introdução: O Estatuto da Criança e o Sistema Único de Saúde, pautados na Constituição Federal, asseguram atendimento integral à saúde das crianças e garantem acesso universal e igualitário às ações e serviços. No Brasil, com base nesses princípios foram instituídos programas como agenda de compromisso com a saúde integral da criança e redução mortalidade infantil e a atenção integrada às doenças prevalentes na Infância – AIDPI, estratégias que devem nortear as ações dos serviços e dos profissionais de saúde. O primeiro programa citado tem como finalidade fornecer a todos os profissionais da saúde, subsídios para atuar na saúde da criança integralmente, um atendimento qualificado e resolutivo, em todos os níveis de atenção. E o segundo é uma importante ferramenta para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos, ou seja, principalmente aquelas evitáveis nas crianças menores de cinco anos de idade que podem reduzir o número de internações, das morbidades e até mesmo da mortalidade nessa faixa etária. Assim, estes desempenham um papel fundamental de assistência a saúde da criança, trabalhando em todos os âmbitos, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequado dos aspectos físico, emocional e social. Além disso, a atenção primária adequada que trabalha aspectos de prevenção e de promoção da saúde, por meio de orientações sobre aos riscos de agravos à saúde, é capaz de reduzir a ocorrência de situações indicativas de cuidados insatisfatórios, além de um excesso de hospitalizações por problemas passíveis de resolução mediante uma atenção primária satisfatória (OLIVEIRA et al., 2010). Portanto, com uma assistência integral a criança deve se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo (BRASIL, 2005). Embora as ações assistenciais à criança tenham ao longo dos anos, buscado uma mudança enfocando a atenção integral, ainda está distante de ser uma realidade nacional, devido à fragilidade e fragmentação das ações oferecidas pelos profissionais da rede de serviços. A realidade vivenciada nos serviços de saúde aponta que um grande número de crianças menores de cinco anos continua adoecendo e necessitando de internação hospitalar por doenças que são evitáveis além de internação desnecessária, seqüelas e até mesmo a morte

(BRASIL, 2005). Nesse sentido questionou-se: quais as abordagens das publicações nacionais e internacionais no que tange a assistência integral da saúde das crianças menores de cinco anos e as morbidades desenvolvidas por esta faixa etária. Esta pesquisa tem o intuito de identificar o que tem sido pesquisado sobre o assunto em questão. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com busca na base de dados junto à Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, acessando o portal Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde, Scientific Eletronic Library Online, e Medical Line. Selecionou-se artigos científicos disponíveis on-line com texto completo em português, inglês e espanhol, sem recorte temporal, que abordam o tema saúde da criança menor de cinco anos. Foram critérios de exclusão textos não disponíveis online, de acesso restrito e fora da temática. Os descritores utilizados foram: "Saúde Infantil and Assistência Integral à Saúde da Criança"; "Saúde Infantil and Morbidade", bem como "Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância" - AIDPI. Foram encontrados 382 artigos, sendo, 45 SCIELO, 82 da LILACS e 257 da MEDLINE. Após a busca inicial aplicou-se os critérios de inclusão e exclusão na leitura dos resumos. Após a leitura criteriosa foram analisados na íntegra, 18 trabalhos referentes à morbidade, nove com relação à assistência integral e sete referentes ao AIDPI. A organização dos dados foi feita por meio de um quadro síntese contendo variáveis de interesse para o estudo. Neste trabalho será apresentado um recorte do estudo referente às morbidades em crianças menores de cinco anos de idade. **Resultados:** Após a análise criteriosa dos artigos observou-se que quase na sua totalidade os estudos selecionados são produtos de pesquisas internacionais, na sua maioria, realizada em sociedades pobres sob supervisão de pesquisadores de países desenvolvidos, cita-se Nairobi, Sudão, Malásia, Kuwait. Ressalta-se ainda como obstáculo para a pesquisa a disponibilidade reduzida de materiais completos e gratuitos, disponíveis online na base de dados. Os estudos referentes à morbidade das crianças menores de cinco anos datam de 1991 a 2008, o ano de 1994 tem duas produções, seguido de 1998 e 1999. Os anos de 2001, 2003 e 2006 não apresentaram nenhuma produção, todos os demais anos entre as faixas datadas somente uma produção por ano. Destes, apenas duas são pesquisas brasileiras. Os estudos abordam fatores ambientais, demográficos, socioeconômicos, de gênero e ainda acidentes evitáveis. A expectativa de vida das crianças nos últimos 30 anos melhorou, mas cerca de 80% dos óbitos infantis ocorrem antes de um ano de vida (PLATT, 1995). A mortalidade infantil reduziu e as principais doenças enfrentadas são um grupo de condições crônicas de origem multifatorial, no entanto, a maioria das mortes ocorre por causas evitáveis (LANDRIGAN et al, 2002). Segundo os autores percebe-se que os custos do tratamento destas doenças é muito grande e que, portanto a prevenção pode representar um valor bem menor que o custeio do tratamento e principalmente evitar o sofrimento de muitas famílias. Dentre as causas evitáveis estão os acidentes domésticos com crianças que possuem alto índice de morbimortalidade em todo o mundo, acidentes de trânsito, as queimaduras, afogamentos entre outros. De acordo com Platt (1995) lesões e intoxicações são a causa mais comum de morte entre crianças maiores de um ano de idade e acidentes no lar são mais comuns em crianças menores de cinco anos, um terço desses acidentes são quedas, colisão com objetos estáticos, suspeitas de envenenamento, e queimaduras. Os estudos mostraram que os fatores ambientais influenciam diretamente no desenvolvimento de morbidades respiratórias nesta faixa etária (GONÇALVES, et al, 2005). Além disso, o autor relata que os recursos econômicos são insuficientes na prevenção de doenças infantis em locais onde as crianças vivem em más condições ambientais. No entanto, essa realidade seria modificada se ocorresse melhoria do acesso aos serviços de saúde. **Conclusões finais:** Encontrou-se uma ínfima quantidade de trabalhos referente ao tema estudado, o que mostra uma lacuna na publicação de trabalhos na área principalmente com relação às pesquisas brasileiras. As morbidades diferem com relação aos países pobres e aqueles desenvolvidos, no primeiro as doenças predominantes estão interligadas a fatores ambientais enquanto que no segundo as doenças

são predominantemente crônicas desencadeadas por processos multifatoriais. Os resultados demonstram que a expectativa de vida das crianças aumentou, porém o número de mortes por causas evitáveis mostra-se crescente, o que denota uma carência evidente com relação à efetividade das ações assistenciais à saúde da criança menor de cinco anos, bem como um melhor acesso aos serviços de saúde por parte das comunidades pobres.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 80 p, 2005.

LANDRIGAN, P.J. Environmental Pollutants and Disease in American Children: Estimates of Morbidity, Mortality, and Costs for Lead Poisoning, Asthma, Cancer, and Developmental Disabilities. [online] v.13, n.2, 2010. **Rev. Environmental Health Perspectives.** [online]. v. 110 number 7, p 721-728, July 2002.

GONÇALVES, F.L.T.et al. The effects of air pollution and meteorological parameters on respiratory morbidity during the summer in São Paulo City. **Rev. Environment International**. [online]. v 31, p 343–349, 2005.

OLIVEIRA, B.R.G.O. et al. Causes of hospitalization with the national health system of children aged zero to four in Brazil. **Rev Bras. Epidemiol.** [online] v.13, n.2, 2010.
PLATT, M.J. Child health statistical review. **Rev. Archives of Disease in Childhood**. [online] v. 73, p 541-548, 1995.

122 EDUCAÇÃO, CULTURA E PARTICIPAÇÃO POPULAR INTEGRADAS NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE[1]

NASCIMENTO, Patricia Silva
(Autora, graduanda do 6° semestre de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: patisnascimento@bol.com.br)

BARNASCO, Edelmarson
(Co–autor, graduando do 7º semestre de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: edelmarson@yahoo.com.br)

MACHADO, Aliciana Soleiman
(Co-autora, graduanda do 7º semestre de Enfermagem da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: aliciana.soleiman@gmail.com)

GRANDO, Maristel Kasper
(Orientadora: Enfermeira. Mestre em Enfermagem - UFRGS. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Membro do grupo de Estudos e Pesquisas em Empreendedorismo Social na Enfermagem e Saúde – GEPESES. E-mail: maristelgrando@hotmail.com)

Palavras-chave: Educação da população, Educação em saúde, Cultura.

Introdução: O trabalho educativo, principalmente na área da saúde, não se resume apenas em transmitir informações ao cliente em relação ao cuidado de sua saúde e de sua família. Para tanto, é necessário que o profissional de saúde tenha sensibilidade para planejar considerando as características de cada pessoa, conhecendo sua história de vida, valores, crenças, inclusive mitos e tabus. No processo de educar em saúde deve-se atentar para a integração entre os saberes interdisciplinares e a cultura de uma forma abrangente, visando à descoberta de desejos, sempre respeitando as crenças e os valores de cada um. Boehs entre outros autores (2007) menciona que para Freire o homem é um ser de relação com dois mundos: o da natureza e o da cultura. A mesma autora também afirma que a cultura dialogada nos "Círculos" de Paulo Freire "objetiva o conhecimento no seu sentido mais amplo, ou seja, desconstruir, intencionando revelar o sujeito, transformando o Oculto em Culto, empoderando-o, social e politicamente" (BOEHS et al, 2007, p. 311). Desse modo, os elementos culturais da sociedade exercem grande influência na visão do mundo, nos hábitos, nos costumes e no comportamento das pessoas em relação às demandas, especialmente as de saúde. Quando o processo educativo em saúde leva em consideração o contexto cultural das pessoas envolvidas tem-se uma maior possibilidade de ser eficaz na promoção da saúde. A interação entre educador e educando, através da promoção da participação popular, pode ser realizada quando os educandos deixam de ser apenas espectadores do processo e se tornam protagonistas, contribuindo para o alcance dos objetivos da educação popular. Vasconcelos (2001, p. 15) confirma essa argumentação ao explicar que a educação popular "é um modo de participação de agentes educativos eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) neste trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo que promova o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento". Assim sendo, as concepções de saúde

[1] Reflexão Teórica

e doença da população são importantes para direcionar a adequada atuação profissional na prática da Educação em Saúde. Há algum tempo o comportamento e o estilo de vida das pessoas vem sendo alvo de muita preocupação, sobretudo diante dos grandes agravos oriundos da vida contemporânea, resultantes da adoção de hábitos desfavoráveis para a saúde de uma forma bem ampla como: tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada e falta de atividade física. O uso da Educação em Saúde como estratégia para o estímulo a um estilo de vida saudável tem sido alvo de críticas por acreditar não somente na responsabilidade individual, mas coletiva também. Alves (2005, p. 48) acredita que "a partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilitam o fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado". Assim, a educação em saúde busca sempre a qualificação em seu processo educativo e tendo como foco principal à saúde e o bem-estar. A Educação em Saúde quando dirigida às necessidades do usuário e, construída com ele, alcança um maior êxito, pois o trabalho em grupo possibilita a ruptura da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e determinantes que influenciam na saúde.
Objetivos: Refletir acerca da educação, cultura e participação popular no contexto da educação em saúde, a fim de contribuir para a promoção da saúde e para o empoderamento dos sujeitos envolvidos. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi a reflexão teórica, sobre o método de educação popular, sistematizado por Paulo Freire, que tem como princípios metodológicos a dialogicidade, o respeito pelo educando e a conquista da autonomia e se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares. Em muitas instituições de saúde, grupos de profissionais têm buscado enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da educação popular, adaptando-se ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social nos grandes centros urbanos. **Resultados:** A educação popular é capaz de tornar o sujeito consciente de seu papel. Assim, a partir dos fatores descritos acima, poderão contribuir de forma significativa para uma percepção mais abrangente das necessidades de saúde dos sujeitos e na humanização da ação educativa, tornando-as mais sensíveis a seus destinatários. Para tanto, reconhece-se, ainda, a necessidade da transformação da relação profissional - usuário para a construção de um modelo assistencial alternativo, capaz de acumular experiências contra-hegemônicas (PAIM, 2002). Em certo sentido, quando se trabalha a partir do conhecimento e com foco no ser - cuidado, a prática em saúde torna-se humanizada e resolutiva, pois vem contemplar os saberes produzidos no encontro entre sujeitos de distintas saberes / fazeres. Assim, toda e qualquer forma de educação que não a imposta, mas a que se baseia no incentivo ao diálogo e a participação do povo, possa ser comtemplada no sentido de refletir, prevenir, orientar, buscar conhecimento, ir além do que costumamos achar o ideal, criará o elo para uma qualidade de vida para todos os clientes e também para nós mesmos, educadores de saúde.**Considerações:** Consideramos que a Educação em Saúde é apropriada e precisa ser cada vez mais utilizada em nível individual e coletivo, no sentido de formar competências ético - políticas e culturais. Além disso, torna-se fundamental que os círculos de cultura estabelecidos entre profissionais e clientes se potencializem mediante diálogos genuínos e sistemáticos para que os clientes / usuários compreendam os códigos da área de saúde, permitindo-lhes escolhas e decisões próprias, conscientes dos desejos e projetos de futuro para a vida e também que ocorra uma construção de participação popular para o redirecionamento a uma vida social de qualidade.

Referências

ALVES, Vânia Sampaio. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BOEHS, Astrid Eggert; MONTICELLI, Marisa; WOSNY, Antônio de Miranda; HEIDEMANN, Ivonete B. S; GRISOTTI, Márcia**. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 16, n. 2, Abr-Jun, 307-14, 2007.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de práticas contra-hegemônicas? In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS/ISC, 2002. p.361-5.

TEIXEIRA, Mirma Barros. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. **Dissertação de Mestrado.** Rio de Janeiro. 2002. Disponível em http://portalteses.cict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/teixeirabm/capa.pdf. Acesso em: 25 jan 2010.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 11-19.

123 TEORIA DA BUROCRACIA: UMA REFLEXÃO PARA A ENFERMAGEM

LEAL, Adriane
(Acadêmica do 7° Semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. E-mail: dricleal@bol.com.br)

PINNO, Camila
(Acadêmica do 7° Semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

SARTURI, Fernanda
(Enfermeira, Mestre, Professora do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS. Orientadora)

Descritores: Teoria; Administração; Enfermagem.

Introdução: Este trabalho surgiu da inquietação e análise do trabalho de enfermagem influenciada pela teoria da burocracia na ciência administrativa, durante a disciplina de Administração dos Serviços de Saúde do Curso de Enfermagem da UFSM-CESNORS-PM. Segundo Maximiano (2007) as sociedades e as organizações são sistemas de normas impessoais, ou seja, as leis que direcionam o comportamento das pessoas. Para Chiavenato (2007) a organização é um sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas. A cooperação entre estas é essencial para a existência da organização. Maximiano (2007) não definiu as organizações nem estabeleceu padrões de administração que estas devessem seguir. Para este as organizações burocráticas são como máquinas totalmente impessoais, que funcionam de acordo com as regras que ele chamou de racionais – regras que dependem de lógica e não de interesses pessoais. Inserida nas organizações, a teoria da burocracia, iniciou-se na década de XX, com pesquisas do cientista alemão Max Weber, e formalizada em torno dos anos 40; partindo da premissa de que o traço mais relevante da sociedade ocidental era o agrupamento social em organizações, procurou fazer um mapeamento de como se estabelece o poder nessas entidades. Construiu um modelo – Teoria Burocrática, no qual as organizações são caracterizadas por cargos formalmente bem definidos; caráter racional; regras e normas. A palavra burocracia tem sua origem a partir do francês *bureau* (escritório) e do grego *kratia* (poder). De acordo com a análise de Max Weber, a burocracia é um sistema que busca organizar, de forma estável e duradoura, a cooperação de um grande número de indivíduos, cada qual detendo uma função especializada. É uma tentativa de coordenar o comportamento humano por meio do exercício da autoridade racional-legal para atingir os objetivos organizacionais gerais. Separa-se a esfera pessoal, privada e familiar, da esfera do trabalho (MOTTA, VASCONCELOS, 2008). A administração burocrática é a maneira mais racional de exercer a dominação. Pois esta possibilita o exercício da autoridade e a obtenção da obediência com precisão, continuidade, disciplina, rigor e confiança. Estabeleceu-se a estrutura, a estabilidade e a ordem das organizações através de uma hierarquia integrada de atividades especializadas, definidas por regras sistemáticas. As burocracias foram estabelecidas para se obter o caminho mais eficiente para se ter o trabalho executado. A burocracia tem as seguintes características: divisão do trabalho, hierarquia de autoridade, racionalidade, regras e padrões, compromisso profissional, registros e escritos e a impessoalidade. O sistema burocrático definido por Weber é um sistema impessoal, e funciona de acordo com as normas e regras previamente estabelecidas, no qual as pessoas ficam em segundo plano, ou desconsideradas (MIGOTT, GRZYBOVSKKI, SILVA, 2001). Para tanto, foi realizado um estudo simplificado da teoria da burocracia, inserida no atual contexto das práticas do (a) enfermeiro (a) nas organizações de saúde. **Objetivos:** entender como a teoria burocrática pode

influenciar o processo de trabalho do (a) enfermeiro (a). **Metodologia:** o presente estudo refere-se a uma revisão de literatura baseada em artigos científicos publicados nos últimos vinte e cinco anos e do acervo do curso de administração de empresas da Biblioteca da UFSM/CESNORS – PM. A coleta se deu a partir de busca nos bancos de dados da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO). Não havendo número considerável de artigos publicados, partimos para a análise no Caderno de Pesquisas em Administração. Para a busca foram utilizados os seguintes descritores: teoria, administração e enfermagem. Foram considerados como critérios de inclusão o acesso *on line,* resumo e o artigo na íntegra. A seleção dos artigos para análise foi realizada a partir da leitura do título e resumo dos mesmos. Na BIREME foram encontrados três resumos disponíveis, sem o acesso do artigo na íntegra. No LILACS e SCIELO não foram encontrados nenhum artigo com tais descritores. No Caderno de Pesquisas em Administração foi encontrado somente um artigo. Devemos salientar a deficiência em artigos publicados nesta área e a dificuldade em encontrar estudos que versem sobre o assunto em questão. Desta forma, evidenciamos que, para a realização deste estudo, a quantidade de artigos encontrados era deficiente para alcançar os objetivos esperados. Assim, partimos para a análise de capítulos de livros do curso de administração da UFSM/CESNORS-PM, os quais continham como título algum dos descritores abordados no estudo. Dispondo do material, foi realizada uma leitura dos artigos, dos resumos e dos capítulos de livros; os quais foram analisados e fichados, segundo o que segue. **Resultados:** A partir dos dados pesquisados e analisando os preceitos da teoria burocrática, percebe-se que esta se constitui através das normas, rotinas e o formalismo institucional das organizações. Trata-se da projeção de organização eficiente por excelência. E para conseguir essa eficiência, a burocracia precisa detalhar antecipadamente e minuciosamente como as coisas deverão ser feitas. No entanto, Weber acaba não abordando os aspectos variáveis que devem ser considerados: o indivíduo inserido em uma sociedade cultural, política, com conhecimento próprio, racional, reflexivo, que deseja atenção individualizada. O que na sua negligência acaba trazendo diversas disfunções na realização de ações específicas. Essas disfunções, basicamente são: maior internalização das diretrizes – as normas, procedimentos e regras passam a se transformar de "meios" em "objetivos"; maior despersonalização nos relacionamentos – observa-se a impessoalidade sobre os cargos e não nas pessoas; hierarquia como base do processo decisorial – quem toma decisões será aquele mais alto na hierarquia, mesmo que não tenha conhecimento específico sobre determinado cargo; formalismo e conformidade às rotinas – existe a necessidade de documentar e formalizar as comunicações e a extrema devoção à normas e procedimentos, para garantir que seja feito aquilo que foi determinado (MIGOTT, GRZYBOVSKKI, SILVA, 2001). Segundo Motta e Vasconcelos (2008) ocorrem algumas conseqüências a partir dessas disfunções: a estrutura burocrática introduz transformações na personalidade dos seus participantes que levam à rigidez, às dificuldades no atendimento aos clientes e à ineficiência; divergência entre os interesses pessoais dos indivíduos e os objetivos formais do sistema organizacional; emergem conflitos quando ferramentas são utilizadas para supervisionar, monitorar e controlar a conduta dos indivíduos e o resultado do trabalho. Weber, citado em Chiavenato (1987), afirma que as disfunções da burocracia são apenas conseqüências do fracasso de uma burocracia mal adequada. Migott, Grzybovskki e Silva (2001) afirmam que a Teoria da Burocracia trouxe contribuições para a ciência da administração e, também para a saúde, especialmente à enfermagem. Porém, as disfunções mais comuns nessa área são o formalismo exacerbado – informações transmitidas aos clientes (idioma "hospitalês"), apego às normas, comportamento rígido, resistência à mudanças. O mundo do trabalho do (a) enfermeiro (a) sofre as influências das disfunções dessa teoria, ou seja, existem enfermeiros (as) responsáveis pela assistência e administração do serviço, no entanto preocupam-se

em passar seu maior tempo realizando os "ritos burocráticos" (preenchimento de pedidos, devoluções, solicitações, encaminhamentos, fichários, prontuários, etc...) (MIGOTT, GRZYBOVSKKI, SILVA, 2001). Assim, os autores analisam a função administrativa à luz das implicações e das imposições do processo organizacional focalizando a estrutura da teoria burocrática. Para Max Weber a burocracia torna-se eficiente por excelência, pois parte do pressuposto que as formalidades e normativas proporcionam alcançar os objetivos organizacionais. E, para outros estudiosos, não é tão eficiente quanto Weber apresenta, levando ao escesso de formalismo de documentação e de "papelório, isso leva a baixa eficiência. **Conclusões**: Diante do exposto e segundo os conceitos dos diversos autores podemos afirmar que, atualmente, o processo de trabalho do (a) enfermeiro (a) é influenciado pela historicidade da teoria da burocracia. Percebe-se que esta se apresenta enraizada através de normas, rotinas e o formalismo institucional das organizações. A burocracia torna as atividades inerentes ao trabalho da enfermagem, extremamente lentas, quando está aplicada de forma errônea, ocasionando prejuízos aos clientes que necessitam, muitas vezes, de resultados imediatos no que concerne à assistência. Os estudos apontam que a Teoria Burocrática nos serviços de saúde é necessária, pois as rotinas, papéis, relatórios - fazem parte do mundo do trabalho. No entanto, é preciso que os profissionais que atuam nesse meio, além de desempenharem esse papel, também sejam, humanamente compreensíveis com as necessidades assistenciais de seus clientes, que muitas vezes, ficam negligenciadas. Assim, para que haja uma administração/assistência eficiente, em relação à organização do serviço e ao atendimento apropriado ao cliente, é imprescindível que o profissional enfermeiro não se detenha apenas aos formalismos institucionais e que o mesmo reflita sobre sua competência técnica e não se torne inflexível e imutável, nem formate seu cérebro como se fosse uma máquina.

Referências

CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração**. 3. ed. São Paulo: McGraw Hill, 1987.

CHIAVENATO, I. **Administração dos recursos humanos.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MAXIMIANO, A. C. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas, 2007.

MOTTA, F. C. P; VASCONCELOS, I. F. G. T. **Teoria geral da administração**. 3ª Ed. São Paulo: Cengage Learning Edições Ltda. 2008.

SILVA, L A. A; GRZYBOVSKI, D; MIGOTT, A. **A aplicação conceitual da Teoria da Burocracia na área da enfermagem: uma análise empírica das instituições hospitalares de Passo Fundo (RS).** São Paulo: Caderno de Pesquisas em Administração, v.08, n^0 1, 2001.

124 CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA

ROSA, Nitchelly Borba da
(Acadêmica do 6º semestre de enfermagem do Centro Universitário Franciscano, UNIFRA. E-mail: nitchelly_88@hotmail.com)

BRONDANI, Magali
(Acadêmica do 6º semestre de enfermagem do Centro Universitário Franciscano, UNIFRA)

MARQUES, Marciane
(Acadêmica do 6º semestre de enfermagem do Centro Universitário Franciscano, UNIFRA)

SILVA, Claudia
(Acadêmica do 6º semestre de enfermagem do Centro Universitário Franciscano, UNIFRA)

FREITAS, Hilda M.
(Enfermeira. Dda. em Enfermagem (DINTER – UNIFESP/UFRJ/UFSM). Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano,UNIFRA)

DIAZ, Claudia M. G.
(Enfermeira. Dda. em Enfermagem (DINTER – UNIFESP/UFRJ/UFSM). Docente do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano,UNIFRA. Assistencial na Unidade Tocoginecológica – HUSM)

Descritores: Hospitalização; criança ; enfermagem.

Introdução: A hospitalização de uma criança pode interferir na sua qualidade de vida e afetar o seu desenvolvimento. A criança que necessita de internação sai do ambiente familiar para o ambiente hospitalar, ficando exposta a diversas situações de vulnerabilidade. Por isso, o atendimento à criança hospitalizada deve ser integral, exigindo preparo e competência do profissional. O adoecer e a internação infantil perpassam pelo modo de vida, necessidades, vontades, características individuais que devem ser compreendidas e avaliadas. A hospitalização desperta sentimento de medo, tristeza, dúvida, abandono e culpa, gerando sentimentos desagradáveis, sofrimento e insegurança(1). Na grande maioria das vezes, as crianças tornam-se mais agitadas, angustiadas, chorosas, pois se encontram distantes de suas casas, escola, amigos, familiares. A primeira impressão que a criança tem é de estranhamento (as escadas, as enfermeiras, os medicamentos, os equipamentos, os procedimentos, as funções, as profissões e os nomes da equipe técnica); proibições (não pode andar pelos corredores, jogar bola, tomar ar fresco, falar alto, conversar com outras crianças e brincar); de solidão; de lágrimas e de saudade (pois a criança é separada de seus irmãos, dos seus pais). Talvez, por essa razão, o hospital seja visto como um local em que a criança não deseja ir, pois seus sentimentos se confrontam com um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas. Estabelecer novas relações com a equipe de saúde e o ambiente hospitalar, além do enfrentamento da doença representa um obstáculo a ser superado pela criança. A criança enferma requer uma assistência que a considere em sua totalidade, e não valorize apenas a doença, mas a integralidade, estabelecendo práticas acolhedoras, lúdicas e solidárias(2). O interesse em realizar esse estudo surgiu a partir da observação, no campo de prática acadêmica, de que a hospitalização enfrentada tanto pela criança, quanto pela família, é uma experiência complexa e difícil, envolvendo adaptação das crianças e exigindo habilidade dos profissionais no seu cuidado. Durante a internação hospitalar, a criança fica susceptível física e emocionalmente, debilitada pela

doença e tendo que enfrentar o seu afastamento do ambiente doméstico, no qual estava habituada. Frente a tais considerações, ressalta-se a importância da realização desse estudo, base para discussões que visam melhorar e qualificar o cuidado, com vistas à humanização. Assim, este estudo tem por **objetivo** refletir sobre o cuidado à criança hospitalizada. **Metodologia:**Este estudo reflexivo foi desenvolvido por acadêmicos de enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, situada em Santa Maria - RS, no período de agosto a dezembro de 2010, durante as atividades práticas em uma Unidade de Internação Pediátrica. As discussões foram pautadas em referenciais bibliográficos relativos ao objeto de estudo, no cenário nacional. Para o aprofundamento da temática, foram utilizadas leituras em livros, teses e artigos publicados. **Resultados:** Cuidar é uma questão de compromisso, pois o cuidado requer conhecimento sobre o outro ser, precisando que o cuidador seja capaz de entender as necessidades do outro e de responder a elas de forma adequada, confiando na habilidade que o outro possui para crescer e se realizar à sua maneira e ritmo[2]. O desconforto emocional em crianças diante da doença e da hospitalização pode proceder de fatores tais como: o contexto de vida, a não familiaridade com o ambiente hospitalar e internações prolongadas ou repetidas. As enfermidades na infância podem apresentar profundas repercussões na vida da criança. Tanto doenças agudas como crônicas podem modificar de maneira definitiva o desenvolvimento, a família e a resposta social da criança. As repercussões são respostas dos efeitos da hospitalização que se apresentam nas diferentes fases do desenvolvimento infantil como de 0 a 18 meses: sensação de abandono, agitação, insegurança, desconforto, irritabilidade, depressivo, ansioso, transtorno na alimentação e sono, temor à aproximação; 18 meses a 3 anos: temor a perda de amor, intensa sensação de desproteção, a criança crê que causou a hospitalização, não compreende, confronto com estranhos durante os procedimentos, agressividade; 3 a 6 anos: dor, sintomas e condutas de punição, recusa da alimentação, retardo no ingresso escolar, raiva por ser diferente; 6 a 12 anos: raiva, culpa, reações de angustia, insegurança, ansiedade, diminuição do processo de concentração, frustrações de sonhos e projetos[3]. Cada um tem a sua história pessoal, sua originalidade nas manifestações e, apesar de todos participarem da mesma sociedade, as sensações de cada um devem ser entendidas na sua individualidade. A dor, o sofrimento, o abandono, o desamparo, a angústia, se manifestam de um modo pessoal e único diante da vida e das situações em que se encontram, quando se fala em uma criança hospitalizada. O estabelecimento de vínculo e confiança da criança com o profissional, baseada em atitudes sinceras e verdadeiras pode auxiliar a criança em suas dificuldades. Desse modo, deve-se repensar o fazer voltado a essas ações junto à criança e sua família, compartilhando conhecimentos para atingir um cuidado autêntico, preocupado com a sua singularidade. A participação da família no cuidado traduz-se pelo estar-presente, junto, ao lado da criança, sendo este um ato de cuidado para minimizar o estresse inevitável decorrente da hospitalização[4]. A dinâmica de cuidado à criança no ambiente hospitalar deve ser singular, pautada na humanização, integrando saberes e ações. No processo de trabalho, busca-se ultrapassar o biológico, cuidando a criança em toda sua especificidade e necessidades, respeitando seu crescimento, desenvolvimento e sua individualidade. O processo terapêutico tem a finalidade de proporcionar qualidade de vida durante o crescimento e desenvolvimento da criança, preservando suas relações sociais, afetivas e emocionais.**Considerações finais:** Evidencia-se que o ser humano deve ser entendido em todas as suas dimensões (sociais, pessoais, biológicas, emocionais) os profissionais que atuam no ambiente hospitalar, desde a sua formação, devem trabalhar de forma integrada, mesmo que cada um domine um conhecimento específico, os objetivos comuns devem incluir o bem-estar da criança. A equipe de enfermagem deve interagir com a criança para poder transmitir à ela e sua família maior segurança e tranqüilidade possível, fato este que poderá repercutir positivamente na sua terapêutica. Nesta perspectiva, deve-se considerar a inclusão e participação da família, entre eles, os pais, no

cuidado à criança hospitalizada. Apesar deste estudo, ter propiciado reflexões e discussões sobre a temática, não esgotou os questionamentos acerca do cuidado à criança hospitalizada, deixando espaço para novas pesquisas.

Referências

1. Ribeiro CR, Pinto Junior AA. A representação social da criança hospitalizada: um estudo por meio do procedimento de desenho-estória com tema. ***Rev. SBPH*** [online], 2009, 12(1):31-56. ISSN1516-0858.

2. Silva LJ da, Leite JL.Quando brincar é cuidar: acadêmicos de enfermagem e o cuidado a crianças hospitalizadas com HIV/AIDS.Revista da Sociedade Brasileira em Enfermagem Pediátrica. São Paulo, 2004, 4(2).

3. Chiattone, H.B.C. A criança e a hospitalização. p.23-100. In: Angerami-Camon VA (Org.). A Psicologia no Hospital. São Paulo: Editora Thomson, 2003. 126p.

4. Dias SMZ, Motta MGC. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. Ciência, Cuidado e Saúde. Maringá, jan./abr. 2004, 3(1): 41-54.

125 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

ERTHAL, Graciele
(Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem - UFSM. - (55) 9139-4581 - gracieleerhtal@gmail.com.br)

CAMPONOGARA, Silviamar
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem- UFSM)

VIERO, Cibelle Mello
(Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem – UFSM)

TREVISAN, Clara Maria
(Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM/SHL. Membro da Comissão de Gestão Ambiental do HUSM e do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem – UFSM)

SOARES, Sabrina Gonçalves Aguiar
(Acadêmica do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Saúde e Enfermagem – UFSM)

Descritores: Enfermagem; Gerenciamento de Resíduos; Saúde

Introdução: Os resíduos sólidos são um dos principais problemas ambientais vividos pelo ser humano, segundo dados do Ministério da Saúde (2002). Essa questão não se soluciona somente descartando o resíduo na lixeira, uma vez que, envolve também o destino que se dá a esse resíduo. Destaca-se que a maior parte desses resíduos têm um destino nem sempre seguro e essa falha no manejo, coloca em risco as pessoas. Outra conseqüência do manejo inapropriado é a possibilidade de contaminação do solo da água e do ar contribuindo indiretamente para os agravos á saúde. Um olhar atento às questões referentes ao descarte adequado dos RSS faz-se imperativo uma vez que afetam diretamente o meio ambiente, os profissionais envolvidos no manejo desses rejeitos. Dessa forma, o enfermeiro deve estar atento também quanto ao Gerenciamento de Resíduos Sólidos da Saúde, haja vista que a segregação desses rejeitos inicia-se já na sua geração conforme as leis e resoluções existentes (RDC 306, Resolução CONAMA 358, entre outras). **Objetivo:** Dessa maneira, o relato de experiência do Estágio Supervisionado objetivou sensibilizar os profissionais de Unidade de Terapia Intensiva, bem como, os responsáveis pelo Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM - sobre a importância do descarte adequado dos RSS, haja vista que essa ação contribui para a redução dos riscos de infecção e contaminação hospitalar. **Metodologia:** Tais vivências foram realizadas no segundo semestre de 2010, nos turnos manha e tarde, junto à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ao Serviço de Higiene e Limpeza (SHL) do HUSM. Foram desenvolvidas atividades como *folder*, cartazes, orientações participação de reuniões com a Comissão de Gestão Ambiental e visitas aos diversos setores do hospital, aulas expositivas, instrumentalização dos funcionários entre outras com vistas a sensibilizar. As atividades desenvolvidas nos dois campos de estágio buscavam aproximação com a gerência dos RSS, contudo várias outras atividades inerentes à chefia dos serviços hospitalares pelo

enfermeiro foram desenvolvidas, o que proporcionou uma visão global do processo de manejo dos RSS. **Resultados:** A sensibilização desses profissionais ocorreu à medida que se desenvolveram as práticas assistenciais com conversas informais, com a fixação de folder em locais estratégicos, com orientações referentes ao adequado descarte em conformidade com o Plano de Gerenciamento dos Resíduos Sólidos do HUSM, bem como do incentivo às iniciativas já existentes. A aproximação junto aos funcionários da UTI iniciou-se com as questões ambientais no intuito de gerar reflexão e uma maior conscientização sobre a problemática dos lixões para, a partir de então, abordar as questões referentes ao descarte adequado de resíduos hospitalares. Pode-se perceber uma preocupação individual desses profissionais com relação às questões ambientais, alguns deles referiam separar os resíduos em casa, e tentavam descartar adequadamente os resíduos na UTI. Tal preocupação encontra fundamento, pois os resíduos sólidos gerados na área da saúde representam risco potencial ao ambiente quando gerenciados inadequadamente. Neste sentido Corrêa et al (2005), colocam que é importante implantar políticas de gerenciamento RSS, não investindo apenas na organização e sistematização dessas fontes geradoras, mas principalmente, mediante o despertar de uma consciência humana e coletiva quanto à responsabilidade com a própria vida e com o ambiente. Tal preocupação também pode ser observada na fixação de saquinhos plásticos junto a bancada próximo ao leito do paciente para o descarte do resíduo reciclável. Alguns funcionários referiram que em alguns momentos, dados a urgência do atendimento bem como ao isolamento de alguns pacientes tal prática não era possível ser realizada. No Serviço de Higiene e Limpeza as ações de sensibilização ocorreram no auxílio à gerencia do serviço de limpeza hospitalar. Também ocorreu quando do esclarecimento de dúvidas e no suporte ao descarte e manuseio adequado dos resíduos gerados pelos serviços. Houve a participação em reuniões mensais da Comissão de Gestão Ambiental e Higiene Hospitalar que oportunizaram o aprendizado das questões referentes à preservação do meio ambiente hospitalar, bem como da UFSM, uma vez que objetivavam solucionar problemas diagnosticados no âmbito hospitalar e no campus universitário; também tentavam reduzir o risco e os impactos ambientais decorrentes das práticas hospitalares. Foi elaborado material educativo para sensibilizar os familiares visitantes e acompanhantes de pacientes internados no HUSM, sobre a importância de estarem contribuindo com o SHL no que tange ao descarte dos resíduos gerados no hospital, enfatizando a existência de lixeiras seletivas nas enfermarias. Nesse *folder*, também foi abordado questões referentes à segurança e bem estar do paciente na tentativa de reduzir o risco de infecção hospitalar. A proximidade do serviço de higiene e limpeza com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH – também facilitaram a sensibilização do funcionário da limpeza quanto a prevenção de infecções, uma vez que esse profissional deve executar a limpeza e desinfecção dos ambientes em conformidade com as normas e rotinas elaboradas pelo CCIH . A prevenção das infecções hospitalares deve constituir o objetivo de todos os profissionais de saúde, em especial quem lida diretamente com a limpeza e desinfecção. Entre os principais meios de prevenção das infecções incluem-se a lavagem de mãos, isolamento de doenças transmissíveis e medidas específicas para cada sítio de infecção. Tal atividade de sensibilização iniciava-se no momento da entrevista, onde se aborda a limpeza hospitalar como diferenciada da limpeza realizada em casa. Após a admissão era ministrada uma aula expositiva com vistas a promover entendimento maior desse profissional sobre a importância do seu trabalho para a prevenção dos agravos a saúde do paciente. Tais aulas abordavam questões como: conceito de infecção, modo de transmissão, as áreas críticas do hospital, diferença entre limpeza e desinfecção, saneantes padronizados no HUSM, Equipamentos de proteção individual, entre outras abordagens relevantes á prática laboral no hospital. Também foi promovida uma instrumentalização para todos os funcionários dos serviços gerais e dos serviços de limpeza ressaltando a importância do descarte adequado dos resíduos sólidos de saúde, bem como a identificação dos sacos ao sair da

unidade com destino ao depósito temporário, versava ainda padronizar/atualizar ações com vistas às normas estabelecidas pelo CCIH principalmente sobre isolamentos, bem como para solucionar problemas diagnosticados em visitas aos setores de higiene e limpeza das diversas unidades hospitalares. **Considerações finais:** A partir da proposta da experiência de sensibilização dos profissionais quanto aos RSS, sua geração ao mínimo possível, seu descarte adequado, bem como das questões ambientais advindas desse processo percebeu-se a importância dos profissionais da assistência e os da limpeza estarem atentos à correta segregação dos RSS uma vez que incorre em risco à saúde do trabalhador. A vivência nesses campos de estágio proporcionaram uma visão ampliada das questões ambientais referentes à área hospitalar bem como dos reflexos das práticas hospitalares para o meio ambiente. E ainda percebeu-se que o descarte adequado dos resíduos da saúde depende fortemente da sensibilização dos profissionais envolvidos na geração dos mesmos, de uma prática contínua que abarque todos os profissionais que atuem na assistência ao paciente. Somente com a sensibilização desses profissionais e responsabilização de suas ações para com o meio ambiente se reduzirá o montante de resíduos gerados e descartados inadequadamente.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde.**Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde: Capacitação a distância**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Subsídios para construção da Política Nacional de Saúde Ambiental** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 56 p. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em: 22/02/2008.

CORRÊA, L. B. et al. **O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental**. Rev. Interface- Comunic, Saúde, Educ [online], v.9, n.18, p.571-84, set/dez, 2005.

Universidade Federal de Santa Maria**. Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde.** HUSM, 2009.

126 CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE CIRURGIA CARDÍACA

MALDANER, Cláudia Regina
(Relatora. Enfermeira Especialista em Nefrologia (UFRGS), Enfermeira da UCI (HUSM). claumaldaner@yahoo.com.br)

SILVEIRA, Celso Leonel
(Autor. Enfermeiro Mestrando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

PITTHAN, Luiza de Oliveira
(Autora. Enfermeira Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós- Graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Especialista em Cardiologia pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Gerente do Serviço de Enfermagem em Cardiologia do HUSM)

NATALINA. Maria da Silva
(Autora. Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva pelo Centro Universitário Franciscano, Técnico administrativo da UCI – HUSM)

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Cirurgia Torácica.

Introdução: Os profissionais de enfermagem estão, atualmente, inseridos nos mais diversos campos de atuação profissional, dentre eles as Unidades de Terapia Intensiva, com todo o seu arsenal tecnológico disponível (PINHO, SANTOS e KANTORSKI, 2007), sendo que entre estas Unidades de Tratamento Intensivo, estão aquelas especializadas no tratamento de patologias cardiológicas. O tratamento da doença cardíaca, tanto clínico como o cirúrgico, tem o objetivo de restabelecer a capacidade funcional do coração e proporcionar ao paciente o retorno às suas atividades cotidianas. Com relação ao tratamento cirúrgico, Woods et al (2005), enfatiza que continua a ser o sustentáculo do tratamento para doença cardíaca. Corrobora-se com Oliveira e Lisboa (2004) quando esses colocam que o objetivo dos cuidados pós-operatórios é a recuperação do paciente ao seu estado fisiológico normal o mais breve possível e sem complicações. Objetivo: O objetivo deste relato é descrever as condutas da enfermagem no pós-operatório de cirurgias cardíacas. Metodologia: No Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) são realizadas cirurgias de revascularização do miocárdio, trocas valvares, correção de comunicação interatriais, e cirurgias de aorta. As cirurgias são realizadas três vezes na semana, sempre no turno da tarde, exceto em emergências. A recuperação pós operatória acontece na Unidade de Cardiologia Intensiva (UCI), a qual localiza-se no 5° andar do HUSM, possui quatro leitos, e presta cuidados à pacientes com diversas patologias cardiológicas, que necessitam de tratamento intensivo. A equipe da UCI é composta por técnicos em enfermagem, enfermeiros, médicos cardiologistas e fisioterapeutas, e conta com os serviços de apoio que o hospital dispõe como higiene e limpeza, métodos gráficos, radiologia, exames laboratoriais, centro de materiais de esterilização, banco de sangue, dentre outros. Discussão: A assistência pós-operatória tem início quando, próximo do final do procedimento cirúrgico, a equipe do bloco cirúrgico, por meio de contato telefônico, informa como foi a cirurgia, possíveis intercorrências, bem como quais os equipamentos que estarão prestando suporte ao paciente, tendo em vista que em cada tipo de cirurgia podem ser usados equipamentos diferentes, como cateter de Swan-Ganz e Balão intra-aórtico . Este contato telefônico prévio é importante porque informa o estado atual do paciente e o horário provável da chegada, permitindo

que, dependendo das informações transmitidas, a equipe possa preparar-se ou até mesmo reorganizar o serviço de forma que, na chegada à unidade, o paciente seja recebido por uma equipe preparada, sabendo exatamente quais procedimentos e/ou equipamentos adicionais devem estar prontos para serem possivelmente utilizados. Na UCI o paciente chega, dependendo do tipo de cirurgia, geralmente no início do turno da noite, por volta das 19:30 horas. O paciente, monitorizado, é trazido pela equipe de anestesia, acompanhado pelo médico responsável pela cirurgia, é recebido pelo médico plantonista, pela enfermeira e por dois técnicos de enfermagem. Chega ainda em coma anestésico, entubado, ventilado por ambu (que é um instrumento de ventilação manual, ligado a um torpedo de oxigênio, usado para transporte). É colocado em ventilação mecânica pelo médico plantonista, os drenos de mediastino e/ou pleural são colocados em aspiração contínua pela equipe de enfermagem, as medicações necessárias no momento são controladas por bombas de infusão, sendo infundidas por uma acesso central, normalmente em uma veia subclávia ou jugular, capaz de receber grande quantidade de volume se necessário, em algumas vezes o paciente é recebido com cateter de Swan Ganz (cateter invasivo que fornece a pressão da artéria pulmonar, debito cardíaco e outras medidas hemodinâmicas) é instalado em monitor que fornece o débito contínuo e demais medidas hemodinâmicas pertinentes no pós operatório imediato, cateteres periféricos, punção arterial com pressão arterial média (PAM) monitorizada, com sonda vesical em sistema fechado. O paciente chega ainda com sonda gástrica, curativo em feridas operatórias, fios de marcapasso protegidos ou em demanda em gerador de marcapasso. O Balanço Hídrico (BH) que é a diferença entre a quantidade de líquidos administrados e eliminados é zerado e começa-se contar um novo BH. Após a recepção são chamados as equipes de apoio do raio X, eletrocardiograma e são coletados exames laboratoriais que serão posteriormente analisados pelo médico que orientará a conduta indicada para a equipe de enfermagem, como reposição de eletrólitos, necessidade de hemoderivados. Na maioria das vezes o paciente chega fazendo uso de drogas vasoativas, como Dopamina, Noradrenalina, Nitroglicerina, e Nitroprussiato de sódio, o que requer muita atenção aos sinais vitais para o ajuste das infusões. O controle dos sinais vitais é realizado de quinze em quinze minutos nas primeiras quatro horas, após de trinta em trinta minutos nas duas horas seguintes e nas próximas seis, a cada hora até o paciente estar hemodinamicamente estável. O controle do sangramento pelos drenos é realizado parcialmente de hora em hora até a troca do kit de autotransfusão (equipamento de coleta da drenagem estéril que permite a autotransfusão ao paciente em caso de falta de glóbulos no banco de sangue), sendo removido o kit de autotransfusão, os drenos são separados e cada um é colocado em um recipiente graduado estéril, mantendo-se a aspiração contínua. A reposição volêmica, dependendo sempre do tipo de cirurgia e condição hemodinâmica de cada paciente, é realizada no decorrer do plantão mantendo uma pressão arterial média de sessenta a oitenta milímetros de mercúrio e pressão venosa de cinco a quinze milímetros de água bem como um BH positivo. A equipe deve estar sempre atenta aos sinais vitais do paciente principalmente nas primeiras horas devido à instabilidade hemodinâmica que pode acontecer. Nas primeiras horas prefere-se que o paciente continue sedado, porém a evolução para extubar irá depender muito de como o paciente acorda, quando muito agitado, às vezes por dor é necessário uso de analgésicos como o Sulfato de Morfina e Cloridrato de Fentanila que diminuem o sensório e até mesmo sedativos como Cloridrato de Midazolan quando muito agitado, seu movimento excessivo representa risco de auto extubação ou aumento da PAM e consequente sangramento excessivo. Quando o paciente acorda lúcido e colaborativo é possível os progressos para extubaçao, com a retirada da ventilação mecânica, coloca-se o paciente em T'ayre a 5-10 l/min de oxigênio, se o paciente mantiver frequência respiratória, saturação dentro dos limites aceitáveis em trinta minutos é possível a retirada do tubo orotraqueal, e colocação de cateter nasal. Conclusão: Essas são as condutas de enfermagem no pós operatório imediato à cirurgia cardíaca, decisivas para

uma evolução adequada até a alta da unidade e após alta domiciliar. Dessa maneira percebe-se a necessidade da equipe de enfermagem e também dos demais profissionais estarem adequadamente treinados e preparados para essa atuação tão específica e fundamental para o sucesso do tratamento do paciente submetido a cirurgias cardíacas no HUSM.

Referências

OLIVEIRA, S. A.; LISBOA, L. A. F. Cuidados no pós-operatório de cirurgia de coronária. In Ramires, J. A. F; Oliveira, S. A. Cuidados pré e pós-cirurgia cardíaca. São Paulo: Roca, 2004, p.201 a 206.

PINHO, L. B. de; SANTOS, S. M. A. dos; KANTORSKI, L. P. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 16, n. 4,p.703-711. Out.-Dez. 2007.

WOODS, S. L., FROELICHER, E. S.S., MOTZER, S.U. Enfermagem em Cardiologia. 4ª Ed. Barueri: Manole, 2005.

127 A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL PARA PREVENIR A HIPERTENSÃO ARTERIAL DURANTE A GESTAÇÃO

BOGORNI, Lisiani
(Acadêmica de Enfermagem do 7° semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA)

CASTILHOS, Lara
(Acadêmica de Enfermagem do 7° semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA)

SIQUEIRA, Josimara Da Fontoura
(Acadêmica de Enfermagem do 7° semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA
E-mail: josimara.siqueira@hotmail.com)

TEIXEIRA, Caren Marielle Dornelles
(Acadêmica de Enfermagem do 7° semestre - Campus Uruguaiana/ UNIPAMPA)

LIPINSKI, Jussara Mendes
(Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Pampa . Orientadora do trabalho)

Descritores: Gestação; Hipertensão induzida pela gestação; Prevenção Primária

Introdução: A hipertensão gestacional caracteriza-se pelo aumento da pressão arterial sem proteinúria, que ocorre após 20 semanas de gestação acometendo com maior frequência as mulheres na fase final da gestação no período que antecede ao parto e tende a normalizar-se até as 12 após o parto. A Pressão Arterial Sistêmica, com valores inferiores a 120mmHg por 80mmHg é considerada normal, entre 120-139mmHg por 80-89mmHg pré-hipertenso, entre 140-159mmHg por 90-99mmHg hipertensão em estágio I; acima de 160mmHg por 100mmHg hipertenso em estágio II, gestantes com valores iguais ou acima de 140-159mmHg por 90-99mmHg mantido em duas ocasiões com intervalo de quatro horas entre cada verificação é considerado hipertensão gestacional. (Ministério da Saúde, 2006). Para identificação precoce desta patologia faz-se importante o acompanhamento da gestação, pois esta tem sido considerada a melhor forma de diagnóstico e auxílio para a prevenção de quaisquer agravos no decorrer da mesma. Na atenção pré-natal e puerperal devem ser incluídas ações de promoção e prevenção a saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período. As consultas do pré natal são realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS), objetivando-se com as mesmas acompanhar e identificar adequadas e precocemente as mulheres que tenham maiores chances de apresentar uma evolução desfavorável, neste sentido estas deverão ser tratadas e se necessário encaminhadas para um nível de assistência mais complexo, assegurando, uma gestação e nascimento mais saudáveis, garantindo o bem-estar materno e neonatal. **Objetivo geral**: Realizar revisão integrativa de literatura acerca da hipertensão arterial na gestação. **Objetivo específico**: Ampliar conhecimentos acerca dos riscos da doença hipertensiva na gestação e evidenciar a importância do pré-natal para prevenção e tratamento desta patologia. **Referencial teórico**: O Ministério da Saúde (2006) orienta a atenção pré-natal de forma a incluir no calendário no mínimo uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre e ainda uma consulta no puerpério, sendo que somente a realização desta consulta faria o encerramento da atenção pré natal. Na primeira consulta de pré-natal, é de suma importância que o profissional acolha as dúvidas explicitadas pela gestante e sua família, reconheça as condições emocionais dessa gestação; compreenda que este é um período de maior vulnerabilidade psíquica

acolhendo-a e estabelecendo a relação de confiança e respeito. Na primeira consulta além do preenchimento de todos os dados cadastrais para o SISPRENATAL deve ser realizada anamnese, identificando antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguidas por exame ginecológico e obstétrico, sendo esta consulta fundamental para determinar se a gestante está exposta a fatores de riscos e se os mesmos poderão ser influenciadores no desenvolver da gestação, dentre eles citamos as características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; intercorrências clínicas crônicas e doença obstétrica na gravidez atual. Dependendo da situação de risco em que se encontra a mulher, pode ser recomendado que as consultas aconteçam com menor espaço de tempo entre elas, em especial no último trimestre, sendo este o período de maior risco perinatal e intercorrências clínico-obstétrico. Nas consultas subseqüentes além de realizar o controle materno e o controle fetal, é importante manter a observação em oscilações de humor; modificações corporais; alguns desconfortos tais como náuseas, sonolência, alterações nas mamas, e cansaço; desejo por determinados alimentos; alteração do desejo e do desempenho sexual; alteração da estrutura corporal; percepção dos movimentos fetais; ansiedades; medo da dor e morte no parto e ao aumento das queixas físicas. Dentre os fatores de risco, destacamos as ocorrências de quadro de hipertensão gestacional anterior, primeira gravidez, doença renal, histórico familiares com pré eclampsia ou eclampsia, ter apresentado pré eclampsia em gestação anterior, gestação atual gemelar, apresentam riscos também, mulheres com hipertensão arterial crônica, lúpus eritematoso sistêmico e diabetes. O DATASUS, 2009, informa 1502 casos de hipertensão gestacional no Brasil sendo destes 76 no Estado do Rio Grande do Sul e 1 caso no Município de Uruguaiana. Embora o pequeno número de casos registrados no município sabe-se que o adoecimento e óbito materno e ou fetal podem causar transtornos familiares, muitas vezes irreparáveis. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura no qual serão utilizadas as seguintes etapas: identificação do tema ou formulação da questão norteadora; amostragem ou busca na literatura dos estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão; discussão e interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados. **Resultados preliminares** As leituras iniciais oportunizaram identificar que a oferta aumentada de serviços de pré natal, não melhorou a qualidade dos mesmos, assim como a sua resolutividade, a forma como os serviços são estruturados dificulta o acesso das mulheres, aparece também que muitos profissionais ainda têm dificuldades em exercitar a escuta frente às queixas e necessidades da mulher e de sua família, de compreender as situações que dificultam ou impedem o acesso da mulher a unidade básica de saúde (UBS). Já as mulheres por desconhecerem a evolução silenciosa desta doença muitas vezes negligenciam a consulta pré-natal por entender que a gestação não é doença e desta forma não necessitariam de acompanhamento o que as deixa mais suscetíveis a esta e a outras tantas patologias da gestação, que podem aumentar o risco de morbimortalidade materna e neonatal. **Considerações finais:** Dessa forma, se reforça a importância de que os profissionais que atuam na atenção primária a saúde realizem seu trabalho amparados nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sejam comprometidos cada vez mais com melhoria da qualidade de vida e de saúde das mulheres e de seus bebês, que as mulheres sejam repetidamente orientadas sobre a necessidade de acompanhamento pré-natal tanto para sua saúde como para do seu bebê, que sejam orientadas e preparadas para reconhecer sinais e sintomas das patologias, para que na sua ocorrência possam procurar imediatamente os serviços. Ressaltamos a necessidade de acolhimento as gestantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para que se sintam cuidadas e apoiadas neste momento de tantas transformações, físicas, psíquicas e emocionais.

Referências

ALENCAR jr, Projeto Diretrizes: Assistência Pré-Natal, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 28 Maio 2001.

CERVO, A. L., BERVIAN P. A. e SILVA R.; Metodologia Científica. 6ªedição; editora Perason, São Paulo, 2006.

FERNANDES R., NARCHI N., Enfermagem na saúde da mulher; Editora Manole, São Paulo-SP, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Datasus: tecnologia de informações a serviço do SUS; Brasília – DF, 2009, disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/pfet10uf.def>; acessado em: 18/04/2011 às 15:30hs.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; Manual Técnico: Atenção Qualificada e Humanizada; Brasília – DF, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>; acessado em: 15/04/2011 às 15:30hs.

128 A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO HOSPITALAR NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Noal, Helena Carolina.
(Msc em Enfermagem, Enfermeira do Controle de Infecção Hospitalar e Epidemiologia do HUSM. E-mail: hcn2@pop.com.br)

Schmidt, Sandra Marcia Soares
(Drª em Enfermagem, Enfermeira da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do HUSM)

Silva, Rosângela Marion
(Dda em Enfermagem, Enfermeira da Clínica Cirúrgica do HUSM)

Trevisan, Clara Maria
(Especialista, Enfermeira do Serviço de Higiene e Limpeza do HUSM)

Descritores: Enfermagem; infecção hospitalar; controle de infecções.

Introdução: Uma das principais causas de morte e aumento da morbidade em pacientes hospitalizados está representada pela infecção contraída nas instituições de saúde que ainda hoje continua a se apresentar como um sério problema de saúde pública no país, elevando os custos hospitalares e constituindo uma ameaça a segurança do usuário. A Organização Mundial da Saúde estima que, entre 5% e 10% dos pacientes admitidos em hospitais, adquirem uma ou mais infecções e estima-se que, no Brasil, a taxa de infecções hospitalares atinja 14% das internações (ANVISA, 2008). Para enfrentar essa problemática a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Unidade de Controle de Infecções em Serviços de Saúde, delineia diretrizes gerais para o Controle das Infecções com o objetivo de aumentar a segurança dos usuários e reduzir os riscos nos serviços de saúde. A principal ação de prevenção e controle de infecção nas instituições de saúde é descrita como a correta e eficiente higienização das mãos dos profissionais de saúde, dos profissionais dos serviços de apoio e dos usuários. Contudo, a falta de adesão dos sujeitos, independente da posição que ocupa no sistema, a essa prática de prevenção da transmissão de doenças é um fato constatado em diferentes estudos (SANTOS, 2002; SANTOS; GONÇALVES, 2009). **Objetivo:** neste estudo, pretende-se refletir sobre as medidas de prevenção e controle de infecção hospitalar e a segurança do paciente a partir das estratégias propostas pela Organização Mundial da Saúde, denominada “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente”. Uma parceria estabelecida no ano de 2007 entre a ANVISA e a OMS que colabora com o desenvolvimento de ações que conduzem à segurança do paciente com base em evidências e boas práticas, destacando aqui a estratégia a redução dos riscos inerentes às infecções relacionadas à assistência à saúde. **Resultados:** Parece não haver uma valorização do ato de higienizar as mãos relacionando com a dinâmica de transmissão das doenças infecciosas. Apesar das evidencias científicas comprovarem a relação entre a higienização das mãos e a redução na transmissão de infecções (OMS, 2008). A transmissão de microorganismos ocorre geralmente por contato direto ou indireto, por meio de gotículas ou aerossóis de secreções respiratórias. Os microorganismos transferem-se de uma superfície para a outra, por contato direto entre os indivíduos ou indireto por meio de objetos e acessórios, ou seja, por meio das mãos que tocam constantemente o ambiente e depositam os microorganismos nas superfícies. Assim, ressalta-se a vital importância da higienização das mãos na prevenção das infecções hospitalares, pois a pele transporta microrganismos à maioria de baixa patogenicidade, mas que podem tornar-se invasivos e causar infecções em pessoas suscetíveis. Com

o surgimento de cepas de bactérias multirresistentes (como o Staphylococcus aureus resistente à meticilina, e Enterococcus sp. resistente à vancomicina), e o risco para a aquisição de microrganismos de transmissão sangüínea como, por exemplo, as hepatites virais e o vírus do HIV, dão destaque as normas de biossegurança e isolamentos (FORTALEZA, 2004). Deste modo, é indispensável compreender as formas de disseminação dos microorganismos dentro das instituições de saúde, é necessário conhecer pelo menos três elementos: a fonte, o mecanismo de transmissão e o hospedeiro susceptível. As fontes ou reservatórios de bactérias, comumente, são os profissionais de saúde, usuários, visitantes e materiais e equipamentos infectados ou colonizados por microorganismos patogênicos. A transmissão das bactérias em hospitais pode ocorrer por diferentes vias como, por exemplo, a transmissão aérea por gotículas: ocorre pela disseminação de gotículas maiores do que cinco mm podem ser provocadas durante tosse, espirro, diálogo ou realização de procedimentos. Por serem partículas pesadas e não permanecem suspensas no ar, não são necessários sistemas especiais de circulação e purificação do ar. As precauções devem ser tomadas por aqueles que se aproximam a menos de um metro da fonte. Consistem em exemplos os agentes da meningite meningocócica. Transmissão aérea por aerossol: quando ocorre pela dispersão de partículas, cujo tamanho é de cinco mm ou menos. Essas partículas permanecem suspensas no ar por longos períodos e podem ser espalhadas a longas distâncias. Medidas especiais para se impedir a recirculação do ar contaminado e para se alcançar a sua descontaminação são desejáveis. São exemplos, os agentes de varicela, sarampo e tuberculose. Transmissão por contato: é a forma mais comum de transmissão de infecções hospitalares, envolvem o contato direto entre os sujeitos, com as mãos, os cabelos ou indireto por meio de objetos contaminados, superfícies ambientais, aparelhos de uso do paciente, cama, roupas, estetoscópios, esfigmomanômetros, termômetros, relógios, anéis, pulseiras, entre outros, promovendo a transferência física de microorganismos epidemiologicamente importantes para um hospedeiro susceptível. O hospedeiro caracteriza-se pelos pacientes expostos a um mesmo agente patogênico que podem desenvolver doença clínica ou simplesmente estabelecer uma relação comensal com o microorganismo, tornando-se pacientes colonizados. Sabe-se que são fatores de risco, tornando os pacientes mais susceptíveis às infecções, a idade, a doença de base, o uso de corticosteróides, antimicrobianos ou drogas imunossupressoras e procedimentos cirúrgicos ou invasivos. As bactérias que desenvolveram resistência aos antimicrobianos tornaram-se um problema global e crescente, isso não é um fenômeno novo, pois é descrito na literatura desde o ano de 1940 por Abraham e Chain que isolaram uma enzima da *Escherichia coli* que era capaz de hidrolisar a penicilina. Assim, temos no ambiente hospitalar varias espécies de bactérias multirresistentes que necessitam ser instituídas medidas de controle para evitar sua disseminação e consequente infecção hospitalar. Algumas medidas gerais após detectar a bactéria tornam-se necessárias conforme ANVISA (2000): isolar o paciente (precaução de barreira) em quarto privativo ou o agrupamento (coorte) de pacientes colonizados ou infectados por microorganismos resistentes para reduzir as infecções cruzadas; outra medida imprescindível é a higienização das mãos, as mãos dos profissionais de saúde são os principais veículos de transmissão de patógenos multirresistentes e infecções para os pacientes; o uso de luvas funciona como barreira protetora prevenindo a contaminação grosseira das mãos; o uso de aventais ao assistir o paciente possui grande importância na prevenção da transmissão de patógenos entre os pacientes, quer esta transmissão se faça por contato ou por via respiratória; e o controle dos antimicrobianos é fundamental uma vez que a resistência é, em grande parte, o resultado do uso indiscriminado de antibióticos. O uso de máscaras, bem como de protetores oculares é necessário em situações nas quais os profissionais correm o risco de se exporem a material biológico. Os pacientes infectados ou colonizados por microorganismos transmissíveis por contato ou por via respiratória devem deixar seus quartos somente por motivos especiais. Nessas ocasiões, é importante que sejam mantidas

medidas de isolamento; que sejam orientados os profissionais da área para a qual o paciente se desloca; que o paciente e o acompanhante recebam orientações sobre as maneiras como podem auxiliar na prevenção da disseminação de seus microorganismos. **Conclusão:** portanto, o grande desafio, para a equipe no controle de infecção hospitalar contíguo aos profissionais da assistência direta, é realizar o bloqueio da transmissão de microorganismos de pacientes infectados ou colonizados para pacientes susceptíveis e para profissionais de saúde, pois uma assistência qualificada evita danos, reduz a incidência do agravo e dos óbitos provocados pelas infecções relacionadas à assistência à saúde.

Referências

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Curso Básico de Controle de Infecção Hospitalar Caderno C. 2000. Disponivel em: http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/CIHCadernoC.pdf acesso em: 14 março 2011.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Organização Mundial da Saúde. Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. /Organização Mundial da Saúde; tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2008. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_oms/guia_de_implement.pdf acesso em: 14 março 2011.

FORTALEZA, C.M.C.B. Doenças Emergentes e o Controle de Infecção. Ano VI; n 32; mar-abr/2004. Disponível em: www.praticahospitalar.com.br/.../materia%2015-32.html acesso em: 14 março 2011.

SANTOS, A.A.; Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. RAS _ Vol. 4, Nº 15 – Abr-Jun, 2002. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/controle/higienizacao_mao.pdf acesso em: 14 março 2011.

SANTOS, F.M.; GONÇALVES, V, M, S. Lavagem das mãos no controle da infecção hospitalar: um estudo sobre a execução da técnica Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.2-N.1-Jul./Ago. 2009. Disponível em: http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2/Fernanda_santos_e_Virginia_goncalves.pdf acesso em: 14 março 2011.

129 VULNERABILIDADES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PARA A NÃO ADESÃO ANTIRRETROVIRAL

MARCHI, Maressa Claudia De
(Acadêmica de enfermagem ,7º semestre UFSM, maressademarchi@gmail.com)

SILVEIRA, Andressa da
(Mestranda do programa de pós-graduação enfermagem UFSM)

MARTINS, Elaine Lutz
(Acadêmica de enfermagem 7º semestre UFSM)

WILHELM, Laís Antunes
(Acadêmica de enfermagem 7º semestre UFSM)

PADOIN, Stela Maris de Mello
(Doutora em enfermagem, professora adjunta curso de enfermagem UFSM)

Descritores: Síndrome da imunodeficiência adquirida; anti-retrovirais; criança; adolescente.

Introdução: A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é um problema de saúde pública. Surgido no início da década de 1980, durante mais de 20 anos manteve focos de disseminação pelos cinco continentes, independentemente de sexo, raça, idade cor, credo ou orientação sexual. No entantanto, há populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou adoecimento por aids, por exemplo, os usuários de drogas injetáveis, os indivíduos que vivem sob regime de cárcere privado (detentos), as crianças e adolescentes. Segundo boletim epidemiológico do Ministério da Saúde do Brasil, de 1996 até junho de 2009, foram notificados 10.739 casos de aids em menores de 5 anos de idade, o que representa 2,0% do total de casos identificados no país. Do total de aids em crianças menores de 5 anos, 42,4% foram identificados em menores de um ano, relacionados à transmissão vertical, ou seja, a passagem do vírus da aids da mãe-portadora para a criança durante a gravidez, no trabalho de parto e/ou, posteriormente no aleitamento materno. Em relação aos adolescentes, percebe-se sua presença cada vez mais marcantes nos rumos da epidemia, verificando-se maior quantidade de casos no sexo feminino 2,8/100.000 habitantes em 2008. As taxas de incidência em menores de 5 anos por regiões apresentam decréscimo nas regiões sudeste, sul e centro-oeste no período de 1998 a 2008, já nas regiões norte e nordeste apresentam crescimento.Estimativas que convergem com a variação da cobertura pré-natal nas diversas regiões e estados do país, verificando-se pior acessibilidade, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal nessas regiões, favorecendo o aumento de transmissão vertical e dos índices de mortalidade perinatal. A introdução da terapia antirretroviral dependerá da evolução clínica e imunológica da criança. O tratamento deve ser individualizado e planejado em conjunto com os responsáveis pelo paciente e quando possível com o próprio paciente, objetivando atingir o máximo de adesão ao esquema terapêutico indicado, fator fundamental para o sucesso do tratamento. A falha terapêutica é uma das principais causas da falta de adesão medicamentosa, pois a criança depende integralmente de cuidadores para a administração dos antirretrovirais e a criança pode rejeitar o medicamento pelo gosto e efeitos colaterais. Já nos adolescentes, a mesma está relacionada à dificuldade de aceitação da doença, devido às mudanças e conflitos inerentes a idade, a condição crônica da doença intensifica conflitos que refletem no ambiente social, atividades diárias, sexualidade,

relacionamentos com outras pessoas, mudanças físicas e comportamentais. **Objetivo:** Analisar a produção cientifica na literatura nacional e internacional sobre adesão antirretroviral de crianças e adolescentes com HIV/Aids. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão teórica realizada em novembro de 2010, por meio de busca de publicações indexadas na base de dados Latino-Americana (LILACS). O levantamento bibliográfico foi realizado primeiramente com a associação das palavras-chave: sida, adesão e criança e após sida, adesão e adolescente. Os artigos foram selecionados a partir de sua pertinência ao tema tratado e foram considerados aqueles publicados a partir de 2000, tendo em vista a maior atualidade dos trabalhos. Os critérios de inclusão foram artigos, teses e dissertações que abordassem o tema de interesse, com resumos disponíveis na íntegra na base de dados selecionada. Excluíram-se artigos que apresentassem adultos ou mulheres como sujeitos ou que abordassem outros aspectos relacionados ao cotidiano terapêutico, como revelação do diagnóstico e qualidade de vida. **Resultados e Discussões:** Foram encontrados 47 artigos, dos quais 14 encontravam-se repetidos. Assim, das publicações, 16 atenderam aos critérios estabelecidos, sendo que 9 encontravam-se repetidos, então 7 foram selecionadas para compor o estudo. Dentre os artigos revisados, 2 (28,57%) foram publicados no ano de 2010, 1 (14,28%) em 2009, 2 (28,57%) no ano de 2008 e 2 (28,57%) no período de 2007 e 2005. Quanto a abordagem metodológica, 4 (57,15%) pesquisas utilizaram abordagem quantitativa, 3 (42,85%) qualitativa. A convivência com a doença e a adesão terapêutica tornam-se difíceis tanto na infância quanto na adolescência. Na infância, a dependência de cuidadores, acompanhamento ambulatorial e hospitalizações afetam o desenvolvimento da criança, privando-a de uma interação saudável com as demais crianças e de uma vida escolar regular e produtiva. Adolescentes com HIV/Aids percebem-se diferentes, pelas necessidades especiais de saúde, frequência de consultas, medicações e aparência física. No entanto, adolescentes participantes de estudo, revelaram sentirem-se tão normais quanto seus pares e relataram como principal obstáculo à adesão, os efeitos colaterais da medicação, porpercepção que interfere no julgamento de gravidade da doença, influenciando na adesão medicamentosa. Resultados da mesma pesquisa apontam que adolescentes têm dificuldades na adesão ao medicamento principalmente pelos efeitos colaterais e procuram viver o processo de normalização, de tal forma que o estigma e dicriminação não comprometam a sua qualidade de vida.[4] Estudo com o objetivo de verificar a prevalência e fatores associados à adesão de crianças a terapia antirretroviral (TARV), encontrou 82% de adesão, o que concorda com resultados encontrados em países desenvolvidos. O perfil das crianças que não têm boa adesão, está extremamente relacionado a dados dos cuidadores, tais como pouca escolaridade e renda abaixo de um salário mínimo, idade avançada do cuidador (em geral avó), bem como a desintegração do meio familiar (mãe solteira ou viúva, muitos filhos na família e alto grau de pobreza são outros fatores que influenciam à não-adesão). Relatos de pesquisa com finalidade de conhecer os fatores que interferem na adesão medicamentosa de crianças com HIV/Aids, apontaram para a apresentação da droga, horário da tomada de medicamento, efeitos colaterais, falta de distribuição de medicamento gratuito, dificuldade de acesso regular ao serviço de saúde e problemas financeiros. Contatou-se a importância de conhecer o contexto social em que a criança encontra-se inserida, bem como as dificuldades encontrados no uso de antirretrovirais, para intervir de forma eficiente e possibilitar uma melhor qualidade de vida a essas crianças. Outros fatores associados a não-adesão: dificuldades em usar antirretrovirais por esquecer de tomar, residir com os avós, referir dificuldades em lidar com o tratamento e como fator protetor, participar de atividades multiprofissionais. Fato que converge com resultados de pesquisa, na qual a adesão foi atribuída à organização do serviço e atuação da equipe interdisciplinar. Em pesquisa com total de 39 casos em uso de terapia antirretroviral, 28 cuidadores não relataram problemas ou dificuldades na administração dos medicamentos, não apresentando queixas sobre o comportamento de adesão da criança/adolescente

ao tratamento. Nos 11 casos com algum problema de adesão, quatro categorias de dificuldades foram identificadas como horário da medicação, gosto da medicação e/ou presença de efeitos colaterais, comportamento oposicionista com comportamentos de resistência na ingestão do medicamento, dificuldade de acesso regular ao serviço de saúde. Estudo exploratório acerca da negligência no tratamento decrianças portadoras do vírus HIV, revelou que 29,7 por cento dos pacientes tiveram adesão inadequada aos medicamentos; destes, 39,5 por cento melhoraram a adesão com as medidas tomadas pela equipe. Com esta variedade de fatores, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os principais fatores de riscos para a não-adesão, e assim, propor intervenções que efetivamente viabilizem a promoção da adesão do cliente/cuidador ao tratamento proposto. **Conclusão:** Diante dessas considerações, observa-se que não há apenas um fator que interfere na adesão à terapia antiretroviral. Os dados obtidos neste estudo apontaram para a existência de dificuldades na utilização do complexo esquema da terapêutica medicamentosa pelos cuidadores das crianças com HIV/AIDS. Tais dificuldades foram relativas aos efeitos colaterais das drogas, horário de administração dos medicamentos, acesso ao serviço de saúde e recursos financeiros limitados. Constata-se que os profissionais envolvidos podem tentar compreender o contexto social no qual a criança está inserida para obter o êxito no tratamento, explorando dos cuidadores sua capacidade de cuidar apesar da diversidade dos problemas correlacionados. No processo saúde-doença da criança essa atitude é fundamental. A quantidade de medicamentos, a forma de apresentação e o gosto da medicação podem ser melhorados, pois influenciam na aceitação por parte da criança. Outro ponto importante é criar estratégias para incentivar a adesão ao tratamento, como estudo de casos, oficinas interdisciplinares, grupos de adesão, com o objetivo de acolher o cuidador infantil, na perspectiva de fazer mudar sua condição, levando-o a se tornar sujeito do processo. Cabe também à enfermagem e à equipe multiprofissional exercer suas ações junto a esse binômio cuidador/criança e sua família, para proporcionar-lhes vida com melhor qualidade.

Referências

1- Motta MGC, Pedro ENR, Coelho DF, Wachholz NIR, Greff AP. Trajetória de uma pesquisa com a temática HIV/Aids: limites (im)possibilidades. Rev. Gaúcha Enferm. 2009 Jun; 30(2):343-7.

2- Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: < http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2010.pdf>. Acesso em: nov. 2010.

3- Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo2_sb.pdf>. Acesso em nov.2010.

4- Kourrouski, MFC, Lima, RAG. Treatment adherence: the experience of adolescents with HIV/AIDS. Rev Latino-Am Enferm. 2009 Nov-Dez; 17(6):947-52.

5- Trombini ES, Schermann LB. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva 2010;15(2):119-25.

130 CUIDADOS DE ENFERMAGEM FRENTE AO PORTADOR DA SÍDROME DE EDWARDS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Wilhelm, Laís Antunes [1]
(Autora/Relatora. Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Bolsista do programa de educação tutorial - PET. E-mail: laiswilhelm@yahoo.com.br)

Lacchini, Annie Jeanninne Bisso [2]
(Autora. Enfermeira. Mestre pela UFSM. Doutoranda de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Bolsista CAPES)

Martins, Elaine Lutz [3]
(Autora. Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM)

Peres, Roger Rodrigues [4]
(Autor. Acadêmico do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Bolsista do programa de educação tutorial – PET)

Barreto, Camila [5]
(Autora. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Bolsista do programa de educação tutorial – PET)

Descritores: enfermagem; cuidado da criança; educação em saúde.

Introdução: A Síndrome de Edwards (trissomia do 18), é a segunda alteração cromossômica mais frequente nos seres humanos e sua incidência é de 1:5.000 nativivos. O primeiro relato da síndrome foi feito por Edwards e colaboradores na Inglaterra em 1960 (SOUZA, et al., 2010). A síndrome de Edwards, em geral, resulta de uma trissomia livre, ou seja, da presença de três cópias inteiras do cromossomo 18. Tal trissomia também possui uma associação com a idade da mãe, sendo a maioria dos casos decorrente de um fenômeno de não-disjunção durante a segunda divisão meiótica da oogênese materna. Translocações e mosaicismo são menos freqüentes, sendo observados em somente 10% dos casos (ZEN, et al., 2008). O paciente com a Síndrome de Edwards apresenta características físicas bem diferenciadas, como por exemplo, uma cabeça mais aguda, por isto o seu cérebro também é mais agudo, o pavilhão das orelhas apresentam sulcos rarefeitos, a boca se apresenta menor do que o normal sendo o pescoço geralmente muito curto. Há ainda, uma considerável distância entre os mamilos, e os órgãos genitais externos aparecem com uma constituição anormal. Outra deturpação é o dedo indicador que é maior que os outros e ainda flexiona sobre o dedo médio. Os pés dos que sofrem da Síndrome de Edwards são arqueados e as unhas são de um modo geral, hipoplásticas. Como se pode notar é uma doença que traz seqüelas externas, além de problemas no sistema nervoso central, anomalias no corpo caloso e hidrocefalia. (AUGUSTO, T., 2009). **Objetivo:** Sendo assim, este trabalho tem como objetivo apresentar um relato de experiência, vivenciado por cinco acadêmicos de enfermagem, durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem no cuidado a saúde da criança, adolescente e mulher, do sexto semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Este relato aborda o conhecimento acerca de situações específicas vivenciadas durante a prática clínica desenvolvida no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)/RS, durante o segundo semestre de 2010. **Metodologia:** O presente estudo trata-se de um relato de experiência obtido no desenvolvimento das aulas práticas referentes ao sexto semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Para

acompanhamento e desenvolvimento do estudo foi selecionado um paciente com diagnóstico de Síndrome de Edwards e realizou-se leituras do prontuário e uma revisão bibliográfica não sistemática na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas bases de dados Scielo, BDEnf e Lilacs. Neste trabalho aborda-se a patologia, o desgaste sofrido pelo paciente pediátrico portador dessa doença, seus familiares e cuidadores. **Resultados e discussão:** Paciente N. B. M., de oito meses, internou na Unidade Pediátrica, localizada no sexto andar do HUSM, encaminhado do Pronto Atendimento do HUSM, com o diagnóstico de Edwards para tratamento de pneumonia. Foi acompanhado durante o período de 20 de outubro de 2010 a 10 de novembro de 2010, pelo turno da manhã. Primeiramente realizaram-se os cuidados de enfermagem a essa criança além de vínculo e troca de informações com a mãe/acompanhante. Segundo Augusto (2009) um dos fatores que influenciam essa patologia é a idade avançada da mãe. O que foi se confirmou no histórico de N. B. M., já que sua mãe tinha 39 anos durante a gestação. Além disso, algumas características foram identificadas, portador de micrognasia, pé torto congênito, atraso no crescimento, abertura oral pequena e pescoço curto, correspondentes ao diagnóstico da Síndrome. As principais características clínicas encontradas em portadores da síndrome são: perfil achatado, orelhas pequenas e de implementação baixa, pescoço de aparência larga e grossa com pele redundante na nuca, mãos e pés tendem a ser pequenos e grossos, podendo ser observado muitas vezes encurvamento do quinto dígito, aumento da distância entre o primeiro e o segundo artelho e prega única nas palmas (prega simiesca), olhos com fendas palpebrais oblíquas, língua grande, abdômen saliente e com tecido adiposo abundante (SOUZA, et al., 2010). Os cuidados de enfermagem realizados foram em relação integridade da pele, sinais vitais, com monitorização contínua, eliminações fisiológicas, com controle de diurese e balanço hídrico total, alimentação e hidratação adequada, atentar para a respiração (presença de dispnéia), aspirando às vias aéreas superiores sempre que necessário, além de mantê-lo em posição de Fowler. Essa patologia leva a um desgaste emocional muito grande por parte dos familiares, devido às chances de sobrevida ser mínimas, embora já tenham ocorrido casos de adolescentes, serem portadores da Síndrome, o que é quase uma exceção. É nesse âmbito que a enfermagem deve orientar a família, quando possível, sobre os cuidados, o valor do carinho e afeto que ela passa para a criança. **Conclusão:** O interesse pelo estudo da síndrome de Edwards foi levantado no nosso grupo quando tivemos a oportunidade de acompanhar um caso dessa patologia durante as aulas práticas do sexto semestre. Por meio dos nossos estudos percebemos e fixamos o conhecimento sobre essas malformações que ocorrem em bebês com essa síndrome. Além disso, aprofundamos nossos conhecimentos e obtivemos novas informações sobre a genética, fisiopatologia e mortalidade da doença. Essa experiência possibilitou-nos observar a importância dos profissionais de saúde, principalmente da equipe de enfermagem que atua diretamente com as crianças e familiares frente à temática, Deve-se trabalhar com aspectos que circundam o paciente portador da Síndrome de Edwards, desde a educação em saúde até questões relacionadas às técnicas do dia-a-dia. Como a esperança de vida para as crianças com síndrome de Edward é baixa, é de extrema importância dar suporte para seus familiares. Em relação à prevenção dessa patologia, é preciso conversar e orientar as mulheres a terem seus filhos antes dos 35 anos, já que nos dias atuais muitas mulheres estão priorizando sua realização profissional e tendo filhos com idades mais avançadas, contribuindo assim com o aumento do risco de seus filhos nascerem com a Síndrome de Edwards. Considerando que a trissomia do 18 é a segunda síndrome de malformação congênita que mais afeta a população, fica evidente a importância de estudarmos a mesma. O diagnóstico preciso de síndrome é fundamental para posterior aconselhamento genético adequado, avaliação criteriosa da realização de procedimentos invasivos de alto risco em um recém-nascido, conduta clínica e prognóstica reservada. A equipe de enfermagem deve atuar de forma que minimize a dor, o sofrimento dos familiares, bem como prevenir o surgimento de novas complicações. A prevenção e

a avaliação devem ser rotina, para assim ofertar uma melhor qualidade de vida ao portador da síndrome. Quando se torna evidente que a qualidade de vida não é mais possível o foco do cuidado deve mudar para cuidados paliativos, livre de dor e desconforto.

Referências

SOUZA, J.C.M. et al. Síndromes Cromossômicas: uma revisão. **Cadernos da Escola de Saúde.** Curitiba, 2010 (3):1-12.

ZEN, P.R.G. et al. Apresentações clínicas não usuais de pacientes portadores de síndrome de Patau e Edwards: um desafio diagnóstico? **Revista paulista de pediatria.** São Paulo, 2008;26(3):295-9.

AUGUSTO, T., **Síndrome de Edwards.** Diponível em < http://www.culturamix.com/saude/doencas/sindrome-de-edwards> Acessado em: 11/12/2010.

131 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

INCHAUSPE, Juciane Aparecida Furlan
(Autora e Relatora, Enfª, Mestranda da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Fone: (55) 96217641. E-mail: anelann@gmail.com)

RABENSCHLAG, Liange Arrua
(Autora Enfª. Esp. em Auditoria em Saúde. Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), Rio Grande do Sul, Brasil. fone: (55) 84074012. E-mail: enfermeiraliange@hotmail.com)

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva
(Autor, Enfº. (UFSM). Esp. em Saúde Coletiva (UNIFRA). Esp. em Gestão Educacional (UFSM). Esp. em Educação Ambiental (UFSM). Esp. em Tecnologias da Informação e da Comunicação Aplicadas à Educação (UFSM). Residente do Programa de Residência Integrada em Sistema Público de Saúde da UFSM)

Descritores: **Enfermagem de Centro Cirúrgico; Humanização da assistência; Equipe de enfermagem.**

O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar de alta complexidade e, como tal, requer profissionais de enfermagem qualificados e equipamentos de tecnologia avançados (FIGUEIREDO, 2002). No centro cirúrgico a dinâmica de trabalho, aliada ao relacionamento entre os profissionais que atuam na referida unidade, deve acontecer de forma harmoniosa, estabelecendo estreitos laços no processo de trabalho. Para tanto, torna-se indispensável um trabalho integrado, com profissionais capacitados e preparados, favorecendo o enfrentamento das exigências impostas pelo referido ambiente, visando segurança, qualidade dos procedimentos e bem-estar do paciente. A unidade ocupa um lugar de destaque no hospital, considerando-se as finalidades e a complexidade dos procedimentos nela realizados visando o atendimento de pacientes, tanto em caráter eletivo, quanto de urgência e/ou de emergência (CAREGNATO, 2002). Neste cenário entendemos que o enfermeiro, para desempenhar o seu trabalho no centro cirúrgico, deva saber conduzir a equipe de enfermagem para obter o melhor resultado na assistência como um todo. Para o bom funcionamento do centro cirúrgico, o trabalho em equipe é primordial, pois, em situações que exigem a combinação em tempo real de múltiplos conhecimentos, experiências e julgamentos, inevitavelmente uma equipe alcança resultados melhores do que um conjunto de indivíduos atuando de acordo com as suas competências e responsabilidades. A assistência de enfermagem prestada no CC deve oferecer ao paciente, que está ingressando neste ambiente desconhecido, a segurança e o conforto, a fim de promover o cuidado com vistas na humanização do cliente. Desta forma este estudo possui como objetivo discorrer sobre importância do trabalho do enfermeiro na assistência prestada ao paciente no Centro Cirúrgico (CC) por meio de uma revisão de literatura em que se espera compartilhar o conhecimento resultante deste estudo. Justifica-se o interesse pela temática devido ao fato de que a assistência realizada no CC deve ser voltada para a qualidade, sendo imprescindível para o enfermeiro que atua em CC a constante atualização, garantindo assim o planejamento das ações, a prestação de cuidados com segurança, bem como a execução de suas atividades voltadas para o bem estar do paciente. O presente estudo consiste em uma reflexão teórica elaborada a partir de leituras em artigos obtidos em periódicos, artigos eletrônicos, livros produzidos pela comunidade científica,

além de seminários de relevância nacional no contexto da saúde. A série histórica incluída neste estudo se dá entre os anos de 2000 a 2010, assim será possível refletir sobre o trabalho da enfermagem na assistência no CC nos últimos anos. O avanço tecnológico na área da saúde é uma grande conquista, porém, o melhor é associá-lo à humanização e a comunicação terapêutica, com intuito de obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem estar dos clientes. Analisando a tecnologia e a humanização, observa-se que estas possuem características distintas, mas se faz necessário o uso de ambas para que o resultado do atendimento seja satisfatório por parte dos pacientes. O CC é um ambiente no qual existem diversas tecnologias para a execução de procedimentos, as quais garantem a segurança de toda a assistência, fato este, que se torna completo quando a equipe de enfermagem possui treinamento e conhecimentos específicos diante de tantas novas tecnologias oferecidas pelo mercado da ciência. Desta forma, a humanização na enfermagem não é possível sem a tecnologia e vice-versa, não se pode aplicar a tecnologia nas ações da enfermagem sem que a humanização esteja presente (CARRARO, 200). A tecnologia na área da saúde foi uma grande conquista, no entanto todo profissional atuante deve ser capaz de aliar a tecnologia e a humanização no cuidado prestado ao paciente, para que assim possa-se alcançar os mais elevados patamares da assistência, com uma base sólida. O CC é um setor que exige o exercício eficaz da liderança pelo enfermeiro, porque esse profissional, no seu cotidiano, depara-se com uma variedade de situações para o atendimento da demanda cirúrgica. Essa demanda para ser cumprida, necessita atender a cirurgiões de diferentes especialidades, com pacientes que apresentam necessidades e expectativas específicas. Isto acarreta para o enfermeiro um ambiente no qual um estilo único de liderança não é eficaz, pois, cada situação requer atitudes diferentes. O gerenciamento de toda a assistência realizada no CC decorre da habilidade do enfermeiro de organizar seu processo de trabalho, bem como proporcionar os meios para a equipe multiprofissional desempenhar suas funções e garantir a continuidade da assistência. O enfermeiro que gerencia o CC é responsável por prover continuamente essa unidade de condições físicas, técnicas e humanas necessárias para uma assistência e trabalho das equipes que atuam nessa unidade de forma segura O enfermeiro do CC, na constante busca pela melhoria da assistência, deve ter o encargo, em conjunto com o serviço de educação continuada, de propor e fornecer à equipe treinamento adequado para a utilização das tecnologias modernas (BEDIN, RIBEIRO, BARRETO, 2004). A atuação do enfermeiro neste setor demanda complexidade, uma vez que há necessidade de integralizar as diversas competências profissionais, sendo estas: gerencial, assistencial, ensino e pesquisa, além da preocupação com a humanização do cuidado (PELEGRINI, PENICHE, 2009). Sendo o CC uma unidade de alta complexidade, tecnologia e procedimentos que invadem a privacidade dos pacientes se faz necessário que os enfermeiros que ali trabalham estejam conscientizados da importância de ouvir, olhar, tocar e serem presentes, pois, a segurança e a tranqüilidade favorecem o tratamento e a recuperação dos pacientes submetidos a intervenções. Trabalhos multidisciplinares com a equipe de enfermagem podem favorecer a sensibilização para iniciar um processo de humanização interna que tenha conseqüências na assistência de enfermagem. A assistência de enfermagem realizada em áreas críticas deve estar voltada para o paciente, solucionando as intercorrências, prevendo as limitações e necessidades de cada paciente, bem como suas posteriores necessidades diante de cada procedimento, assegurando ao paciente toda a prestação de cuidado voltado para a segurança. Portanto, o enfermeiro deve utilizar meios que promovam a interligação tecnologia-humanização. E ainda, assegurar uma assistência de enfermagem integral, capaz de reduzir a tensão do cliente frente a um ambiente não conhecido, e criar um elo de confiança na relação enfermeiro-paciente. Neste sentido, o enfermeiro diante de tantas atribuições e desafios diários, deve sempre associar o saber com o fazer, para prestar um atendimento seguro e humanizado a todos os clientes.

Referências

BEDIN, E; RIBEIRO, L.B.M; BARRETO, R.A.P.S.S. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 400-409, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em 15/03/2011.

CARRARO, T.E. Tecnologia e humanização: da sua união as possibilidades de prevenção de infecções. Florianópolis. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem**, v. 09, n.º 01, p 42-62, 2000.

CAREGNATO, R.C.A. **Estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia:** um estudo de caso [dissertação]. Porto Alegre (RS): UFRGS; Escola de Enfermagem; 2002.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas**. São Paulo. Ed. Difusão Paulista de Enfermagem. 2002.

PELEGRINI, R.M.P; PENICHE, A.C.G. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paul Enferm**. 2009; 22(4): 428-33.

132 VISITA DOMICILIAR EM SAÚDE MENTAL: UMA PARCERIA ENTRE O SERVIÇO DE PSIQUIATRIA E O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

ELY, Gabriela Zenatti
(Enfª R1 do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde - Campo de Atenção e Gestão Saúde Mental - HUSM/UFSM. E-mail: gabii_ely@yahoo.com.br)

CORTES, Laura Ferreira
(Enfermeira, R2 do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) Área de Concentração Saúde Mental)

MACHADO, Katiusci Lehnhard
(Psicóloga, R2 do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da UFSM, Área de Concentração Saúde Mental)

HENRICH, Juliane
(Terapeuta Ocupacional, R2 do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da UFSM, Área de Concentração Saúde Mental)

FREITAS, Fernanda Franceschi de
(Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Preceptora de Campo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da UFSM - Campo de Atenção e Gestão Saúde Mental)

TERRA, Marlene Gomes
(Enfermeira, Professora Doutora do Departamento e da Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, Preceptora de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde - Campo de Atenção e Gestão Saúde Mental - HUSM/UFSM)

Descritores: Visita Domiciliar, Hospitais de Ensino, Saúde Mental

Introdução: A Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216, regulamentada em abril de 2001 no Brasil, traz como objetivo oficializar os movimentos para a ressocialização e a desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico, já iniciados no país. Para alcançar esta conquista houve, historicamente, um longo caminho percorrido, de luta contra o preconceito e a segregação da doença mental. Com isso, o novo modelo de atenção à Saúde Mental prevê a inclusão/reinserção do portador de sofrimento psíquico, na família e sociedade; ações de promoção à saúde que visem devolver a autonomia do usuário e a criação de serviços substitutivos ao hospital, centrados na comunidade e na rede de saúde pública. Estes passaram a ser os princípios norteadores dos serviços de atendimento em Saúde Mental. O Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) está inserido neste processo de reorganização do modelo de atenção, à medida que propõe que o cuidado, de cada usuário aconteça a partir da inserção em oficinas terapêuticas, grupos de educação em saúde, grupos de discussão sobre autonomia, reforma psiquiátrica, assim como vem desenvolvendo atividades de visita domiciliar a familiares e a usuários internados e acompanhamento breve após a alta, com o auxílio do Programa de Residência Multiprofissional Integrada (PRMI) em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), financiado pelo Ministério da Educação (MEC). A visita domiciliar passa a ser compreendida como uma opção metodológica para realizar o trabalho em saúde. Como qualquer outra atividade profissional, de natureza técnica e humana, exige

predisposição e interesse genuíno pelo outro (o sujeito que recebe a intervenção). No domicílio as pessoas tendem a enfrentar melhor suas dificuldades, pois estão em seu próprio meio social, familiar ou comunitário. Este é o lugar do cotidiano, da realidade concreta, do mundo vivido (AMARO, 2003). **Objetivo:** Relatar a implementação de visitas domiciliares aos familiares e usuários do Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria realizadas pelos integrantes da Área de Concentração em Saúde Mental do PRMI em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde. Cabe salientar que, a visita domiciliar é entendida como uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações que visa à promoção de saúde da coletividade. Ela deve ser previamente sistematizada, possibilitando ao profissional conhecer o contexto de vida, relações familiares e reais condições de habitação do usuário do serviço de saúde. Além disso, facilita o planejamento da assistência, pois possibilita o conhecimento dos recursos subjetivos que a família dispõe. Outro aspecto importante é que ajuda a fortalecer o vínculo entre o profissional e o usuário, uma vez que a visita domiciliar é interpretada, geralmente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde (TAKAHASHI & OLIVEIRA, s.a). **Metodologia:** As atividades do PRMI tiveram início em Maio de 2009 e têm como objetivo qualificar profissionais com competências para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também interssetorial e interinstitucional. Para tanto, adotam como fundamentação epistemológica e político-pedagógica os Princípios e Diretrizes do SUS o que pressupõe não fragmentar o caráter da formação, ou seja, não reproduzir modos de capacitação focados, segundo níveis de atenção vistos isoladamente. Nestes aspectos se encontram as justificativas de desenvolver uma modalidade de Residência, pressupondo a articulação entre serviços, ações de saúde e com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, repercutindo de forma mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2011). A saúde mental representa uma das áreas de concentração deste Programa, atualmente composta por cinco profissões da saúde (Enfermagem, Educação Física, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social) que buscam agir articuladamente nos diferentes espaços de produção de saúde: Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria (Unidades de Internação Paulo Guedes e Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos – SERDEQUIM, Ambulatório e Pronto Socorro); Comissão Municipal de Saúde Mental e rede básica (contato com unidades de saúde para visitas domiciliares). As famílias ou usuários e egressos da internação, a serem visitados são definidos nas reuniões entre a equipe multiprofissional, que acontecem semanalmente nas Unidades Paulo Guedes e SERDEQUIM ou conforme a necessidade percebida pelos profissionais, nos casos mais urgentes. Um veículo do serviço de transporte do HUSM conduz as residentes (no mínimo duas) ao local da visita, mediante reserva e agendamento de horário no setor. Após o retorno, é elaborado um relatório que descreve a visita com as impressões conjuntas e individuais dos profissionais que estiveram no domicílio e, este documento é anexado ao prontuário do paciente correspondente. O relato da visita é debatido com a equipe que demandou tal intervenção e nas reuniões de preceptoria de campo realizadas a sala de encontro das residentes no serviço de psiquiatria. Para Lacerda (2003), o profissional que atua em acompanhamento domiciliar deve ter como características: competência no relacionamento interpessoal, educação, saber posicionar-se como profissional, desenvolver o autoconhecimento, buscar atualização constante, saber fazer a leitura dos valores culturais do paciente e família, bem como compreender as expectativas dessa família e saber criar laços entre pessoas e grupos. **Resultados:** Um resultado imediato está sendo a sensibilização e planejamento da equipe para intervenção a saúde do paciente e familiar/cuidador. Frente às experiências que temos vivenciado, percebemos que a visita domiciliar é uma importante ferramenta para a inserção e aproximação com o ambiente em que usuários e famílias convivem,

fornece impressões que relatos verbais não oportunizariam, além de trocas significativas e um campo rico para o aprendizado. De acordo com Reinaldo & Rocha (2002), as visitas domiciliares, quando bem utilizadas, melhoram o prognóstico de alguns usuários e durante esta atividade, tem-se a oportunidade preciosa de realizar ações de educação em saúde não só com usuário, mas também com seus cuidadores. Portanto, fornece aos usuários dos serviços de psiquiatria suporte para continuidade ao tratamento, possivelmente diminuindo risco de re-internação, gastos públicos e progresso em prognóstico. **Conclusão:** Acreditamos que a visita domiciliar deve ser compreendida como uma continuidade do cuidado à saúde das pessoas, pois proporciona atenção individualizada e os profissionais se tornam conhecedores das facilidades e dificuldades vivenciadas, facilitando o planejamento da assistência e do cuidado para usuários e suas famílias, buscando a co-responsabilidade pelo tratamento e promover sua autonomia e direito de cidadania. Logo, para a construção da saúde social, faz se necessário disponibilidade para mudança na organização do trabalho, visão da família como base, e centro de referência psicossocial pautado na resolutividade das ações.

Referências

AMARO, S. **Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE, 2003, 64 p.

LACERDA, M. R. Metodologia para o cuidado domiciliar de Enfermagem in: **Metodologias para a Assistência de Enfermagem: Teorizações, Modelos e Subsídios para a Prática.** CARRARO, T.E. e WESTPHALE, M. E. A. Goiânia: AB Editora.2001.

REINALDO, A. M. S.; ROCHA, R. M. Visita domiciliar de Enfermagem em Saúde Mental: idéias para hoje e amanhã. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 36 – 41, 2002. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista

TAKASHI, R.F.; OLIVEIRA, M. A. C. **A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família.** Temas de caráter introdutório. Manual de enfermagem www.ids-saude.org.br/enfermagem, s/d.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Manual de Diretrizes, Orientações e Normas Básicas para Operacionalização do Programa de Residência Multiprofissional**, 2011. Santa Maria, 2011, 35p.

133 LABIO LEPORINO E FENDA PALATINA: REALIDADE POSSÍVEL DE SER VIVENCIADA PELA CRIANÇA E FAMÍLIA

MACHADO, Neliza dos Santos
(Acadêmica de enfermagem- UNIFRA. E-mail: liza.unifra@yahoo.com.br)

BAGGIO, Fabiane Nunes
(Acadêmica de enfermagem, UNIFRA)

BASTOS, Roselaine
(Acadêmica de enfermagem, UNIFRA)

BETTANZO, Suélen
(Acadêmica de enfermagem, UNIFRA)

SANTOS,Taina dos
(Acadêmica de enfermagem, UNIFRA)

BARBOSA, Hilda de Freitas
(Enfª Profª adjunta do curso de enfermagem- UNIFRA)

Descritores: Enfermagem; Pediatria; Mal formação congênita; família.

Introdução: O processo que permeia a gênese da vida apresenta uma complexidade cuja dimensão em muitas situações ultrapassa a cognição humana. Isto reforça a ideia de que os estudos relacionados ao desenvolvimento tecidual e funcional dos sistemas orgânicos carecem ainda de muitos investimentos principalmente no que diz respeito a teratogenia. Este aspecto é discutido na formação acadêmica dos diversos cursos que preparam os profissionais para o cuidado da vida. Dentre estes profissionais destacamos os geneticistas, biólogos, médicos e enfermeiros. Estes em muitas situações acompanham de maneira bastante efetiva os pais cujos filhos nasceram com malformação genética e estão internados no ambiente hospitalar. O acontecimento das malformações tem aumentado consideravelmente em suas estatísticas o que tem causado grandes preocupações aos profissionais de saúde, aqui mais especificamente para a enfermagem. Por esta razão é imprescindível que sejam fornecidos suporte psicológico a estes profissionais afim de que consiga prestar um cuidado genuíno ao recém nascido malformado, bem como aos pais, seus familiares. **Objetivos:** Aprofundar os conhecimentos relacionados aos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e antropológicos da família/pais dos RNs portadores de lábio leporino e fenda palatina. **Metodologia:** O presente estudo abordou uma pesquisa descritiva exploratória de cunho qualitativa. Para Maconi; Lakatos (2003) a pesquisa descritiva exploratória ,objetiva descrever determinados fenômenos como as informações detalhadas obtidas por intermédio da observação participante, na qual precede-se ao processo da sistematização. **Resultados principais:** As mudanças na família iniciam com o anúncio da gravidez, ainda que não tecnicamente comprovada, a partir daí tudo se transformará. Os sentimentos se misturam: alegria, medo, fantasias, ansiedade. Os preparativos se iniciam, mesmo que só mentalmente em ambos os pais: adaptações na casa, nos horários, nas economias, em fim na nova vida. Os pais sentem-se preocupados e questionam-se mesmo que internamente, sobre como será o RN e se será “normal”, possivelmente umas das tarefas mais difíceis para a família será aceitar que o RN que está para nascer seja portador de alguma malformação, frente a isso, tem surgido cada vez com mais frequência, as malformações congênitas

e ao mesmo tempo, se desfazem os planos e sonhos das famílias. Possivelmente, uma das tarefas mais difíceis para o pessoal da Enfermagem é ajudar os pais de uma criança com malformação congênita, a lidar com a realidade e aceitar sua criança. É do consenso de todos que os pais devem ser avisados de que há algo errado com seu RN tão logo seja feito seu diagnóstico de certeza. Os pais percebem facilmente que há algum problema, pelas atitudes e ações da equipe e perderão a confiança nesta se lhe for dito que não há nada de errado com seu filho quando a comunicação não verbal nega isso. Anunciar uma malformação fetal pode constituir a finalização de um sonho. Dessa forma o diagnóstico terá, provavelmente, repercussões violentas e dramáticas nas expectativas do casal. Podem aparecer fantasias de incapacidade, morte e destruição (ANTUNES; PATROCÍNIO, 2007). A tarefa de comunicar aos pais de que seu filho é portador de fenda palatina e/ou lábio leporino, é, por natureza, muito difícil e desagradável, é também muito importante que os pais recebam informações corretas, mesmo que ainda haja indefinições quanto ao diagnóstico e/ou prognóstico: sempre é melhor uma colocação honesta do que dizer aos pais "não se preocupem, tudo irá bem". A equipe deve conhecer e ter sensibilidade aos múltiplos fatores que compõem a crise do nascimento de uma criança com defeitos congênitos. Carvalho, Cardoso Oliveira e Lúcio (2008), afirmam a respeito da importância das ações de enfermagem estão relacionadas com o fortalecimento dos laços com a família e a comunidade. Os profissionais de enfermagem podem criar estratégias, tais como a formação de grupos terapêuticos e/ou de autoajuda e assim proporcionar experiências que modifiquem sua prática junto aos pais de crianças malformadas, desse modo direcionando a assistência para as reais necessidades desses pais e familiares. O nascimento de uma criança portadora de fenda palatina e/ou lábio leporino, mergulha os pais em sentimentos de ansiedade e culpa. O "RN Johnson", perfeito e sorridente que eles esperavam, não é o que nasceu. Seu RN está doente (não tem o rosto que eles imaginavam). Os pais de uma criança portadora de fenda palatina e/ou lábio leporino têm dificuldade de aceitar que seu filho realmente nasceu. Com o crescer do pesar iniciam o processo de choque e negação. Passado algum tempo, os pais pouco se recordam do que lhes foi dito nas primeiras horas ou dias após o nascimento; entretanto se lembram da solicitude e gentileza da equipe em repetir-lhes informações quantas vezes fosse necessário. Santos e Dias (2005), afirmam ainda que, fantasia criada pelos pais durante todo período gestacional de terem uma criança perfeita recebe um pesado golpe com o nascimento de um filho com mal formação congênita. A primeira etapa de aceitação desse evento inesperado se inicia assim que os pais veem e tocam a sua criança. Neste momento, começam a surgir sentimentos de culpa e insuficiência, receio por algo que fizeram ou deixaram de fazer e que tenha ocasionado a doença do RN. Se os pais não conseguirem verbalizar seus medos, alguém da equipe pode perguntar o que acreditam ter sido a causa da doença do RN. Suas respostas darão a oportunidade para esclarecer conceitos errados que tenham e fornecer-lhes segurança. Segundo Silva e Tamez (2002), a ansiedade é a emoção mais óbvia e intensa que os pais experimentam nesta fase, nos dias de incerteza, quando ainda existem dúvidas quanto à sobrevida, os pais apresentam um luto antecipado. Essa sensação ocorre antes da perda e é caracterizada por tristeza, choro, irritabilidade, entre outros. O estigma com que a sociedade marca o portador de fenda palatina e/ou lábio leporino é outra crise que os pais devem enfrentar. Os pais devem ser informados de que existem grupos que podem ajudá-los e que são constituídos por pessoas que enfrentam o mesmo problema. Encorajando os pais a reconhecer as qualidades humanas do RN, o comportamento responsivo que ela apresenta e suas características físicas positivas, a equipe ajudará os pais a aceitar seu RN como indivíduo único, com capacidade e habilidade para crescer e desenvolver-se à sua própria maneira, ao invés de criar uma imagem de criança lesada, anormal, ou um acidente da natureza. Segundo Santos e Dias (2005), pais e familiares que recebem as devidas informações e suporte adequado pela equipe, de modo geral, passam a aceitar a criança de forma realista e esta aceitação é um ponto

imprescindível na conduta dos profissionais de saúde. **Conclusões:** Através deste estudo observamos que trabalhar com pais de RNs portadores de fenda palatina e/ou lábio leporino não é uma tarefa fácil, porém possível, visto que essa prestação de cuidados faz com que o enfermeiro se depare com uma diversidade de sentimentos dos pais. Assim, trabalhar com a subjetividade do outro é complexo, considerando que no interior do homem, internalizam seus valores, crenças e sentimentos. Construímos nossa discussão acerca das reações e sentimentos das mães, frente ao nascimento do RN com malformação, das angústias, medos e desafios vivenciados entre os familiares e o RN no círculo familiar, das dificuldades sociais a serem superadas pela família e dos procedimentos do enfermeiro, no campo da saúde e educação. O enfermeiro juntamente com a equipe multidisciplinar deve cuidar do RN portador de fenda palatina e/ou lábio leporino ajudando-os no enfrentamento dos problemas e na aceitação pela família.

Referências

CARVALHO, Q.; CARDOSO, M.; OLIVEIRA, M.; LÚCIO, I. Malformação congênita: significado da experiência para os pais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Brasil, 5 set. 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5039/3262>. Acesso em: 07 abr. 2011.

SANTOS, R. S.; DIAS, I. M. V. Refletindo sobre a malformação congênita. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 5,out. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php.script=S0034-. Acesso em 07 abr. 2011.

ANTUNES, M. S. C.; PATROCINIO, C. A malformação do bebé: Vivências psicológicas do casal. **Rev. Psic., Saúde & Doenças**, nov. 2007, vol.8, no.2, p.239-251.

LAKATOS,E.M;MARCONI,M.A **Fundamentos da metodologia cientifica.** São Paulo:Atlas.2003.

SILVA,M.J.P;TAMEZ,R.N. **Enfermagem na UTI Neonatal. Assistência ao Recém Nascido de Alto Risco.** 2º ed. Rio de Janeiro-RJ;Guanabara,2002.

134 DEPRESSÃO PUERPERAL: FATORES PREDITORES E OS IMPACTOS NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.

LEAL, Adriane
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

SOMAVILLA, Caterine Angélica
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

GULARTE, Maria Helena
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

STRECK, Mônica Tábata Heringer
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. E-mail: monicastreck@hotmail.com)

GARCIA, Sabrina Santos
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

CABRAL, Fernanda Beheregaray
(Prof. Enf. Ms da UFSM/CESNORS Departamento de Ciência da saúde. Curso de Enfermagem/Palmeira das Missões)

Descritores: Período Pós Parto; Depressão Pós-Parto; Relações mãe-filho; Transtornos puerperais.

Introdução: A gravidez e o parto podem representar momentos marcantes para a mulher. São períodos de grandes transformações, não só em seu organismo (envolvendo todos os sistemas fisiológicos), mas também em seu psiquismo e em seu papel sócio-familiar. Essas podem vir acompanhadas de distúrbios de humor que caracterizam o período pós-parto incluindo também a melancolia da maternidade (*postpartum blues* - que é um período transitório de humor, marcado por labilidade do humor, momentos de choro, irritabilidade e transtornos do sono) e as psicoses puerperais ou depressão pós - parto (TOWNSEND,2002).A depressão pós-parto (DPP) desmistifica o entendimento corrente de que a gravidez é um momento de grandes alegrias para todas as mulheres. Os estudos revelam que a DPP não emerge de um único fator preditor, mas de um acúmulo de situações cotidianas que contribuem para sua ocorrência. Assim, a DPP repercute de forma negativa no desenvolvimento infantil, pois as mães deprimidas interagem com um menor grau de atividade e afetividade com seus bebês, ocasionando, dessa forma, consequências de ordem emocional e comportamental futuras para a criança. **Objetivos:** Os objetivos destes estudo foram verificar quais são estes fatores e os seus impactos no desenvolvimento infantil. **Metodologia:** A depressão pós-parto - (DPP) é uma patologia que ocorre nas primeiras semanas após o nascimento do bebê. Esta se apresenta através de uma série de fatores preditores e em consequências para o desenvolvimento da criança. O estudo é uma revisão bibliográfica, realizado durante a disciplina de Metodologia II como um método avaliativo, do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. A coleta dos dados ocorreu nos bancos de dados da BIREME, LILACS, SciELO e MEDLINE. Os critérios de inclusão foram o acesso *on line*, artigo na íntegra e recorte temporal. A análise dos dados ocorreu por leitura, releitura, interpretação e fichamento. **Análise e discussão dos resultados:** FATORES PREDITORES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO - A literatura refere vários fatores desencadeantes da DPP, como as alterações hormonais iniciadas com a menarca. Há uma maior probabilidade dos transtornos do humor se intensificar em momentos de altas flutuações hormonais, como os do parto. Outro fator está relacionado a complexas transformações na identidade feminina. A nova mãe necessita reelaborar esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. A genética, também, pode ser um preditor, pois estudos revelam que transtornos de humor

relacionados com familiares de mulheres com transtornos de humor pós-parto são muito maiores que na população geral, o que indica um possível componente genético ou familiar. Mães com baixos níveis socioeconômicos e menor escolaridade têm maior prevalência. Estudos realizados com mães puérperas casadas entre 20 e 29 anos de idade e com menos de oito anos de escolaridade, classificadas nas classes sociais C e D apontaram uma maior incidência do que aquelas com melhores níveis educacionais e econômicos (MORAES et al.,2006). Entre os fatores psicossociais que mais apresentam associação aparecem o baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa auto-estima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação à criança (MORAES et al.,2006). Outros eventos de vida, como a perda de um emprego ou a morte de um familiar também são preditores. Há uma confluência de fatores que vão além das mudanças hormonais e metabólicas que se processam logo após o parto. As alterações podem ser: da personalidade da puérpera; de sua predisposição natural a estados depressivos; das circunstâncias da gravidez e do parto; das condições do relacionamento afetivo com o companheiro; de sua situação financeira e, de uma rede de apoio para ajudá-la em suas tarefas diárias. (CABRAL, 2007). IMPACTOS DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA - Este tema tem sido amplamente estudado e vem sendo compreendido a partir de um referencial teórico interacionista, em que a qualidade da interação mãe-bebê é o foco de atenção nestes estudos. Os comportamentos interativos das mães com depressão costumam ser caracterizados como intrusivo ou retraído. E que podem repercutir de maneira negativa no desenvolvimento do bebê, pois a estimulação e a modulação do estado de alerta que a mãe oferece são inadequadas para a regulação emocional do bebê. As consequências da depressão na criança vão depender da forma como a mãe é afetada em relação ao comportamento, cognição e emoção. Assim, a depressão afeta a criança pela alteração dos modelos de interação mãe-criança que tem efeitos negativos no desenvolvimento infantil. (SCHWENGBER, PICCININI, 2003). A DPP tem repercussões negativas na qualidade de vida da mulher, na dinâmica familiar, na relação mãe-bebê e no desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança. A depressão materna após o nascimento do bebê implica em importantes consequências para o desenvolvimento infantil, especialmente no que se refere à ocorrência posterior de problemas emocionais e de comportamento da criança.(SCHWENGBER, PICCININI 2003). A interferência da DPP também está relacionado no desenvolvimento neurobiológico e psicológico desta. Há evidências de que falhas no cuidado iniciais devido à negligência, abuso físico e/ou psicológico estão associadas a alterações no padrão de apego e no desenvolvimento motor e mental dos bebês. Em crianças em idade escolar, sinalizaram sintomas de internalização, com afeto depressivo e ansioso, retraimento e queixas somáticas. Além disso, as crianças de mães deprimidas possuem redução no tempo total de sono, aumento da vigília após o início do sono e no movimento rápido dos olhos (ARMITAGE et al., 2009). **Considerações finais:** Conclui-se que a depressão pós-parto (DPP) tem ocorrência devido a vários fatores pessoais e circunstanciais associados à vida da puérpera. Os estudos apontam uma incidência multifatorial de acontecimentos na vida da mulher, sendo portanto, diversos os fatores preditores da depressão pós-parto. Alguns fatores que podem vir a ocasionar a DPP são as alterações hormonais durante a gestação e puerpério; mudanças na identidade feminina; sentimentos de perda acompanhados com os ganhos da maternidade; a genética é apontada como um fator preditor da DPP; os baixos níveis socioeconômicos e menor escolaridade têm uma maior prevalência para DPP; baixo suporte social; baixa auto-estima; gravidez não planejada; são alguns dos fatores que levam a mulher a desenvolver a DPP. O estado depressivo da mãe pode repercutir negativamente nas primeiras interações com o bebê e, consequentemente no desenvolvimento da criança. Contudo, é importante ressaltar a necessidade de estudos mais aprofundados que levem em consideração os diversos fatores apontados e que possam precisar estratégias precoces de intervenção e que considerem as particularidades dos quadros depressivos observados a partir do pós-parto.

Referências

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem Psiquiátrica. Conceitos de Cuidados.** 3. ed. Guanabara Koogan, 2002.

SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. **Estudos de Psicologia**, Porto Alegre, v.8, n.3, p.403-411, 2003.

MORAES, I. G. S. et al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores. **Revista Saúde Pública,** v.40, n.1, 2006.

CABRAL, F. B. **Vulnerabilidade de puérperas: olhares de equipes do Programa Saúde da Família em Santa Maria/RS**. [dissertação de Mestrado em enfermagem]. Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ARMITAGE, R. et al. Early Developmental Changes in Sleep in Infants: The Impact of Maternal Depression. **Sleep,** v. 32, n.5, 2009.

135 CASA DE APOIO: UM ESPAÇO DE HOSPEDAGEM E DE SUPORTE À PESSOA DOENTE E SUA FAMÍLIA[3]

ROSA, Bruna Vanessa Costa da.
(Bolsista de Iniciação Científica FIPE/UFSM. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado Saúde e Enfermagem/ UFSM. E-mail: bruninha_vcr@hotmail.com)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira.
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta Departamento de Enfermagem da UFSM e Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado Saúde e Enfermagem/UFSM. nara.girardon@gmail.com)

ALMEIDA, Brenda Balk de.
(Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem/UFSM)

BEUTER, Margrid.
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta Departamento de Enfermagem da UFSM e Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado Saúde e Enfermagem/UFSM)

Descritores: Enfermagem; Assistência à Saúde; Oncologia; Família.

Introdução: O termo casa ou centro de apoio possui uma utilização diversa uma vez que abrange públicos e objetivos diferenciados(1). Pode-se inferir, em síntese, que o termo se refere àquela instituição que visa propiciar um espaço de hospedagem e apoio à pessoa que necessita de amparo temporário por algum motivo, podendo ser caracterizado como um local de passagem e não de moradia permanente. Como exemplo, pode-se citar as Casas de Apoio à mulheres e crianças vítimas de violências e as Casas de Apoio a pessoas portadoras de doenças em tratamento de saúde e seus acompanhantes, tais como as Casas de Apoio à Criança com Câncer (CACCs), com HIV/Aids, dentre outras. As Casas de Apoio são voltadas a oferecer recursos de assistência e cuidado a uma população que esteja vivenciando uma situação de maior vulnerabilidade emocional e/ou física(1). O termo Casa de Apoio é concebido, neste estudo, como um espaço de permanência transitória de indivíduos e familiares que necessitam hospedagem para atender demandas relacionadas à condição de saúde. As Casas de Apoio a pessoas adultas e crianças portadoras de câncer, em particular, representam importante segmento da rede social das famílias que, com escassos recursos financeiros, buscam estratégias para viabilizar tratamento oncológico em centros especializados, muitas vezes distantes do local onde residem(2). No que se refere aos espaços de prática profissional do enfermeiro percebe-se que esta não se limita a instituições de saúde públicas e privadas, de empresas prestadoras de serviços de saúde ou instituições de ensino e pesquisa. Isto significa que o enfermeiro pode desenvolver atividades em instituições de natureza diversa nas quais possa promover o desenvolvimento da cidadania, da autonomia e da conscientização dos direitos e deveres dos seres humanos, características que permeiam o conceito de Saúde preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Constituição Federal de 1988. Neste viés, inclui-se os centros e Casas de Apoio, dentre outros espaços de assistência, cuidado e suporte a indivíduos, famílias e comunidades. A corroborar esta perspectiva, é possível observar na produção científica

[3] Trabalho oriundo da Pesquisa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulada "O perfil socioeconômico-demográfico e clínico de usuários de Casas de Apoio de Santa Maria/RS que integra projeto de pesquisa A experiência de famílias rurais que permanecem em casas de apoio durante tratamento oncológico, subvencionado pela FAPERGS e FIPE/UFSM.

dos últimos anos o reflexo da diversidade de áreas e espaços de prática e interesse dos enfermeiros. Como o cuidado constitui-se no objeto essencial da prática profissional, percebe-se que a contribuição para o desenvolvimento e promoção de ações cuidativas abrange o indivíduo ao longo do ciclo vital e do processo saúde-doença na multidimensionalidade dos contextos de vida e de cuidado. Desse modo, pode-se identificar a participação do enfermeiro em equipes de profissionais que trabalham com pessoas não apenas em situações de adoecimento, na recuperação e promoção da saúde e da qualidade de vida, mas também em outras situações de vulnerabilidade e em contextos dentre os quais os centros de apoio ou instituições de abrigamento e de proteção social ao indivíduo[3,4]. **Objetivos:** Realizar uma revisão de literatura sobre as Casas de Apoio como espaço para hospedagem e suporte a pessoas doentes e famílias e conhecer as publicações existentes na área da Saúde, mais especificamente da Enfermagem, sobre as Casas de Apoio. **Metodologia:** A metodologia utilizada para a revisão de literatura foi a busca em bases de dados que dispunham de artigos na íntegra (LILACS e BDENF), na Biblioteca Eletrônica SciELO, em páginas virtuais de instituições de ensino superior (IES), e outras ferramentas adicionais de pesquisa como a página do Google que pudessem levar a publicações de cunho científico sobre Casas de Apoio e sua utilização por pessoas portadoras de enfermidades crônicas e seus familiares/acompanhantes como locais de permanência temporária. A seleção do material utilizado foi efetuada entre os meses de março e agosto de 2010, e as palavras chave utilizadas foram: “enfermagem”, “casa de apoio”, “centro de apoio”, “rede social”, “assistência à saúde”, “oncologia”, “câncer infantil”, “enfermidade crônica”, “doença crônica” isoladas e combinadas entre si. A opção de utilizar palavras chave deveu-se a inexistência de termos relativos as casas de apoio como descritores. Ao total, foram selecionados 32 artigos científicos (todos disponíveis on line); oito documentos publicados pelo Ministério Federal, abarcando o âmbito da Saúde, da Assistência Social, do Trabalho e da Previdência Social; documentos oriundos de páginas virtuais de Instituições de Ensinos Superior (UFSM e UFRGS) e de instituições sem fins lucrativos (Centro de Apoio à Criança com Câncer), bem como de sites especializados em informações sobre tratamentos de combate ao câncer e doenças do sangue. Também foram selecionados trabalhos científicos publicados em anais de eventos, além de monografias, dissertações e teses, que totalizaram cinco produções. Os dados foram sistematizados e organizados de forma descritivo-reflexiva. **Resultados:** Considerando a revisão de literatura realizada, percebe-se que a abordagem da temática em questão ainda é escassa na produção científica disponível na literatura da área da saúde e da enfermagem. Tal evidencia pode ser verificada ao constatar-se que o foco dos estudos relacionados às Casas de Apoio direciona-se, sobretudo, a população infanto-juvenil portadora de HIV/AIDS e câncer e a autoria dos trabalhos concentra-se entre os profissionais da psicologia. No entanto, no cenário que envolve o adoecimento por outras patologias, as casas de apoio são mencionadas por alguns autores como relevantes na trajetória das pessoas doentes. No caso de portadores de doenças crônicas, em especial na área da oncologia, muitas vezes o paciente e seu cuidador necessitam deslocar-se até os centros de referência para realizar o tratamento específico. Nestes locais é possível encontrar as casas de apoio, que oferecem hospedagem, alimentação e, em algumas delas, cuidados de profissionais durante a realização dos tratamentos quimio e/ou rádioterápicos, dentre outros aspectos amparam tanto à família quanto ao próprio doente[5]. Convém destacar que, de acordo com o modelo de saúde apresentado pelo SUS, o qual propõe a descentralização das ações de saúde e o escalonamento do atendimento em diversos graus de complexidade, confere a cada município a responsabilidade pela atenção à saúde aos cidadãos que nele residem [4]. As Casas de Apoio são locais considerados de Média Complexidade, conforme a Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde nº 18, de 21 de janeiro de 1999, referindo-se aquelas que acolhem temporariamente portadores de HIV/AIDS. Esta classificação está em acordo com os órgãos normativos da

Legislação em Saúde que abordam as especificidades dos estabelecimentos de saúde no Brasil, que definem as ações sanitárias nos ambientes considerados de Média Complexidade. No contexto do adoecimento, as casas de apoio desempenham um papel de provedoras de suporte tanto relativo à acomodação, quanto social e emocional a essas pessoas[5]. Em ser tratando de apoio a crianças portadoras de neoplasia, a literatura as descreve como locais específicos que mantêm e dão suporte tanto estrutural quanto emocional às crianças e suas famílias; que, em geral, possui convênios com hospitais onde ocorre o tratamento, veículo próprio para deslocamento dos pacientes e acompanhantes, apoio psicológico e social. Na estruturação e funcionamento das Casas de Apoio destaca-se a importância das Organizações Não Governamentais (ONGs) que assumem o compromisso de assegurar o respeito aos direitos dos pacientes e suas famílias, principalmente no acesso às terapêuticas disponíveis aos tratamentos de saúde. Considerando-as como um local de acolhimento[5], cabe refletir sobre o significado das mesmas no contexto das políticas de humanização e na rede de suporte social. A inserção da enfermagem, embora ainda insipiente, tem contribuído no planejamento e na organização destes serviços, bem como na identificação de necessidades e efetivação de cuidados conforme as demandas surgidas em face ao adoecimento. Para potencializar a atuação profissional é indispensável dispor de conhecimento, de instrumentos e de recursos que o auxiliem a identificar os tipos de apoio social disponíveis aos usuários do sistema de saúde e como estes poderão beneficiar as pessoas envolvidas[1]. **Principais conclusões:** A partir do exposto, observa-se a necessidade de ampliar estudos que abordem o papel das Casas de Apoio enquanto espaço de suporte social em situações de adoecimento, sobretudo no que tange ao cuidado de pessoas adultas, uma vez que esses ainda se mostram incipientes na literatura especializada de Enfermagem. O que se observa no levantamento bibliográfico realizado é o predomínio de trabalhos direcionados para a situação de crianças e adolescentes usuárias de Casas de Apoio, devido provavelmente às diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – que mencionam as instituições de abrigo como meio de proteção a indivíduos em situação de sofrimento e exclusão social, geralmente em decorrência de violência e das doenças crônicas como HIV/Aids, câncer e uso de narcóticos e entorpecentes. Considerando que a característica da população e as demandas atendidas pelas casas de apoio convergem para aspectos relacionados com a prática profissional do enfermeiro, evidencia-se a importância da inserção da enfermagem neste espaço que integra a rede de apoio social de pacientes e familiares.

Referências

1. Soares MVB; Forster AC; Santos MA. Avaliação das casas de apoio para portadores de HIV/aids do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(2): 111-118. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?sourceid=chrome&ie=UTF-8&q=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2010

2. Girardon-Perlini NMO. Cuidando para manter o mundo da família amparado: a experiência da família rural frente ao câncer. Tese (Curso de Pós-Graduação) – Doutorado em Enfermagem. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2009.

3. Penna LHG, Carinhanha JI, Leite LC. A prática educativa de profissionais cuidadores em abrigos: enfrentando a violência vivida por mulheres adolescentes. Rev Latino-am Enfermagem 2009 novembro-dezembro; 17(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_09.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2010.

4. Ferriani MGC; Bertolucci AP; Silva MAI. Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto, SP. Rev Bras Enferm, Brasília 2008 maio-jun; 61(3): 342-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a11v61n3.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2010.

5. Sampaio AS; Löhr SS. Atuação em casas de apoio: pensando o papel da psicologia e construindo novos caminhos. RUBS, Curitiba, v.1, n.3, p.52-60, set./dez. 2008. Disponível em: <http://rubs.up.edu.br/arquivos/rubs/RUBS%20-%20Nº%203%20-%202008/Artigo%20-%20Atuação%20em%20casas%20de%20apoio.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2010.

136 ASILAMENTO DO IDOSO E O CUIDADO PRESTADO NA INSTITUIÇÃO

Santos, Naiana Oliveira dos
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem. Email: naiaoliveira07@gmail.com)

Beuter, Margrid
(Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Girardon-Perlini, Nara Marilene Oliveira
(Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Predebon, Greice Roberta
(Enfermeira. Integrante do Grupo de Pesquisa, Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Silva, Graciela Souza
(Acadêmica do 6º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Jacobi, Caren da Silva
(Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Descritores: Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Cuidados de Enfermagem.

Introdução: O envelhecimento é um processo universal, evolutivo e gradual, que envolve um somatório de fatores, enfatizando-se os sociais, psíquicos, ambientais e biológicos, que estão intrinsecamente relacionados, e podem acelerar ou retardar esse processo. O processo de transição demográfica que ocorre atualmente no Brasil, em ritmo acelerado, pode estar associado ao aumento da demanda por Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). As ILPIs são estabelecimentos com denominações diversas, que atendem idosos, sob o regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, por período indeterminado, que dispõem de funcionários capazes de atender as necessidades institucionais (BORN; BEACHT, 2002). As ILPIs enquanto modalidades de atenção aos idosos emergem como uma alternativa de suporte social para aqueles que estão em situação de abandono ou pobreza, acometidos por comorbidades, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer em seu próprio domicílio. Nesse sentido, a instituição asilar deve proporcionar uma assistência de enfermagem gerontogeriátrica conforme o grau de dependência de seus residentes e oferecer um ambiente acolhedor, capaz de preservar a identidade propiciando um cuidado qualificado (BORN; BEACHT, 2002). Esses autores reiteram que a qualidade dos cuidados aos idosos, nesses ambientes, pode recuperar a vontade de viver e a sua saúde, bem como criar novas relações sociais. O aumento da população idosa é uma tendência observada mundialmente e os índices pela procura de ILPIs também, considera-se relevante à sensibilização tanto dos profissionais quanto da população sobre essa temática. **Objetivos:** Conhecer a produção científica sobre os principais motivos de asilamento do idoso e os descrever os cuidados prestados na instituição asilar em bases de dados. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo realizado por meio de levantamento bibliográfico na base de

dados Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no mês de fevereiro de 2011. Para a coleta de dados relacionada à busca das publicações foram utilizados três delimitadores: 1) descritor primário: idoso; 2) descritor secundário: instituição de longa permanência para idosos; 3) idioma: português. Foi encontrado um total de 46 publicações. A amostra do estudo foi constituída de sete publicações completas a partir da semelhança temática. Para organizar os dados, foi elaborado um instrumento com roteiro sistematizado contendo: abordagem metodológica do estudo, ano de publicação, objetivos e resultados dos estudos. Os critérios de exclusão foram: trabalhos incompletos e aqueles que não estavam de acordo com temática em questão. A análise desses dados é apresentada de modo descritivo-reflexivo. **Resultados:** Quanto à abordagem metodológica dos estudos selecionados destaca-se que três são de natureza qualitativa, dois estudos quantitativos e dois não especificaram a abordagem metodológica do estudo. O período das publicações corresponde aos anos de 2004 a 2010. Os estudos centralizam seus objetivos na análise de quais são os principais motivos dos idosos irem residir na ILPI e como é o cuidado dispensado ao idoso institucionalizado. Muitas vezes, a opção por residir em uma instituição de longa permanência parte do próprio idoso, ou seja, do desejo da pessoa em procurar um local no qual encontre atenção, conforto e, especialmente, atendimento às suas necessidades básicas. As investigações apontam que a procura pela instituição parte também pela família do idoso que não se vê em condições para prestar cuidados adequados, e acaba por vezes optando por institucionalizar o idoso. O estudo também aponta que os familiares entendem que a ILPI poderá oferecer, além de estrutura física, cuidados executados por profissionais especializados, atendimento às necessidades básicas e a possibilidade de convívio social com outras pessoas. Acreditam também que por meio de visitas podem manter os vínculos familiares e afetivos prestando os cuidados que permanecem sob sua responsabilidade, como por exemplo, o afeto, atenção, carinho e os recursos financeiros. A busca pelo asilamento ocorre também, pela manifestação de que nas situações de dependência relativa, o asilamento proporciona a garantia de que o cuidado se dará de forma efetiva e que possíveis alterações sejam precocemente identificadas e solucionadas. Em relação ao cuidado dispensado ao idoso institucionalizado, os estudos apontam que é algo realizado de duas maneiras: o cuidado relacionado ao ato de caridade, geralmente realizado por voluntários ou religiosos, e o cuidado dispensado como uma ação profissional, realizado por funcionários remunerados pela instituição (FREITAS; NORONHA, 2010). As dificuldades em oferecer cuidados aos idosos podem estar relacionadas às crenças e concepções dos trabalhadores em relação ao ser idoso. De acordo com Reis e Ceolim (2007), a atitude do funcionário em relação ao idoso, ou seja, a maneira como ele o vê, exerce influência nas situações de cuidado. Nesse sentido, torna-se fundamental que o profissional de saúde ao prestar cuidado ao idoso, deve estar atento para proporcionar a satisfação das necessidades básicas do idoso, através de promoção da saúde e prevenção de agravos (BESSA, 2007). Os estudos sugerem que o cuidado na instituição asilar deve assegurar a participação do idoso, buscar estratégias voltadas para a melhoria dos cuidados de enfermagem oferecidos nas instituições, de forma a respeitar a história de vida, os valores e a cultura, objetivando melhorar a qualidade de vida dos seus clientes (REIS; CEOLIM, 2007). **Conclusões:** Como contribuições e implicações desta revisão bibliográfica, se espera que, para a saúde, os trabalhadores dessa área tornem-se sensibilizados com assuntos relacionados aos idosos institucionalizados, podendo direcionar um melhor atendimento para essa população. O estudo sobre idosos institucionalizados propiciou descobertas de fatores relacionados, tanto as causas, como consequências da institucionalização e como é o cuidado destinado ao idoso. Torna-se relevante o conhecimento sobre a população em estudo, pois sabe-se que a tendência nos próximos anos é de seu aumento expressivo, em especial nas instituições asilares, o que nos remete a repensar, discutir, refletir e encontrar formas alternativas de integração

social, convívio familiar e, sobretudo, o envolvimento efetivo dos órgãos públicos, da saúde e da sociedade como um todo, no enfrentamento dessa realidade. Verificou-se a existência de diversos fatores para a institucionalização dos idosos, sendo que muitos estão relacionados ao processo de envelhecimento, do idoso não possuir condições de residir sozinho, ou diante das dificuldades impostas ao cotidiano familiar, a família não se vê em condições de assumir o cuidado junto ao idoso e visualiza a institucionalização como uma alternativa viável. Percebe-se, que é de suma importância o conhecimento e aprimoramento dos profissionais que atuam nas ILPI sobre o processo de envelhecimento, para que possam oferecer aos idosos um atendimento apropriado, com medidas efetivas e eficientes que visem manutenção e a melhoria do bem-estar dos idosos na instituição asilar.

Referências

BORN, T; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V; NÉRI, A.L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L, ROCHA, S.M. (Org) **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 768-77, 2002.

FREITAS, A.V.S; NORONHA, C.V. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 33, p. 359-69, 2010.

REIS, P.O; CEOLIM, M.F.O significado atribuído a ‘ser idoso’ por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 57-64, 2007.

BESSA, M.E.P. Idoso institucionalizado e a compreensão do seu cotidiano. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza-Ce, 96 f., 2007.

137 AÇÕES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE PARA ESCOLARES

GOMES, Andreza Legramanti
(Acadêmica de Enfermagem do sétimo semestre da UNISC Email: andrezalgomes@yahoo.com.br)

HAAS, Camila
(Acadêmica de Enfermagem do sétimo semestre da UNISC)

PILZ, Adriane Fogaça
(Acadêmica de Enfermagem do sétimo semestre da UNISC)

SCHOSSLER, Rodrigo André
(Acadêmica de Enfermagem do sétimo semestre da UNISC)

ALVES, Luciane Maria Schmidt
(Professora Orientadora, Mestre em Enfermagem da UNISC)

Este relato de experiência refere-se às aulas práticas da disciplina 'Gerenciamento de Enfermagem nos Serviços de Saúde II' da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) que se desenvolve em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sua ementa visa aplicação de conhecimentos de administração em unidades da rede básica, ambulatórios, através de planejamento, elaboração e execução, junto à equipe de enfermagem, de um plano de ação para a qualificação da assistência, com ênfase na relação teórico prática. Neste sentido, compartilha-se da idéia de Weirich (2009), quando afirma que a gerência em enfermagem deve ser entendida como atribuição dos dirigentes, trabalhadores e usuários da rede básica de saúde na perspectiva de construção de um projeto que atenda às necessidades da população e que esteja voltado para a integralidade num processo cotidiano como proposta de mudança. Espera-se, portanto, que o enfermeiro seja capaz de desempenhar um papel de gerente nos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva participativa, onde o objetivo é alcançado pelo esforço coletivo e não pela união de esforços individuais. No decorrer da disciplina prática, identificaram-se situações especiais de intervenção do enfermeiro que foram aprofundadas a fim de auxiliar no planejamento de ações específicas e oportunas de gerenciamento. A maior dificuldade refere-se a não inserção dos adolescentes nos serviços de saúde. Tendo em vista as características da comunidade, onde se observa um elevado grau de gravidez na adolescência, uso de drogas e bebidas alcoólicas, evasão escolar e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), que somado a falta dos adolescentes nas dependências da ESF como espaço de educação em saúde pensou-se em estratégias de ação que beneficiasse os usuários desta faixa etária. Com o intuito de aproximar os adolescentes da unidade de saúde, consolidou-se uma parceria entre os funcionários da ESF, Escola Estadual, grupo multidisciplinar de acadêmicos da UNISC e projeto "semear amigos", inseridos nesta comunidade, bairro Glória Imigrante. Os acadêmicos convidados para participar do projeto realizam aulas práticas (de enfermagem, medicina, nutrição e odontologia) no mesmo local e período. Já o grupo que pertence ao projeto semear amigos é coordenado pelo serviço social com características interdisciplinares, mantida por uma empresa local. Assim, o projeto proposto pelos acadêmicos de gerenciamento de enfermagem visa ações coletivas e tem como objetivo estimular nos professores e grupo de alunos da escola uma consciência preventiva oportunizando ambientes propícios ao desenvolvimento físico, mental e social dos escolares. Salvo que, a escola enquanto espaço de construção de sujeitos, pode ser vista

também como espaço de produção de saúde, fortalecendo as políticas públicas de saúde com a participação e parceria da equipe multiprofissional de saúde e educação presentes nesta comunidade. Alinhada a estes princípios e compromissos, a escola se torna local de desenvolvimento de qualidade de vida, que vem sendo construído e constituído coletivamente. Com o envolvimento de diferentes profissionais inseridos no âmbito da Promoção da Saúde, se constitui a forma mais moderna, democrática e eficaz de enfrentar os desafios referentes à saúde e o modo de vida da população alvo. A escola é um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores. Toda e qualquer atividade de promoção de saúde visa à redução das chamadas vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional na construção de ambientes saudáveis (estilo de vida adequado, prevenção ao uso de drogas e intervenções sobre ações de violência). As temáticas que compõem esta proposta de trabalho foram elaboradas nos encontros dos acadêmicos, professores e direção da escola e embasam-se nas carências detectadas: precária higiene pessoal, obesidade na adolescência, dúvidas envolvendo a sexualidade, bullying, uso de drogas e, para os professores, dificuldade nos primeiros socorros. A metodologia ocorre através de oficinas educativas, rodas de conversas e dinâmicas de grupo, oportunizando a participação e contribuição de todos na construção do conhecimento. No decorrer das ações percebe-se a importância da caderneta do adolescente que pode ser disponibilizada durante a consulta de enfermagem, proposta na escola semanalmente, aos adolescentes, oportunizando um atendimento individualizado. A Caderneta de Saúde do adolescente foi criada com intuito de dar uma maior visibilidade ao público adolescente e subsidiar os serviços de saúde na atenção integral à saúde desta população. O Ministério da Saúde construiu dois guias (um para os meninos e um para as meninas) para o atendimento ao adolescente nas unidades de saúde visando a garantia da avaliação dos seus principais aspectos como crescimento e desenvolvimento, bem como o desenvolvimento puberal, (MS, 2010). Compartilhando da idéia de Santos (2007), de que a consulta de enfermagem contribui para a aplicação de universalidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, propiciando a avaliação do estado de saúde do individuo durante o ciclo vital através da face individual e coletiva, a utilização da caderneta de saúde do adolescente auxiliará no dimensionamento de ações ampliadas que atinjam não somente os adolescentes, mas também a família e a comunidade. Considerando as características individuais da comunidade, as práticas em saúde na escola devem garantir construções compartilhadas de saberes, apoiados nas histórias individuais e coletivas, considerando os diferentes contextos em que estão inseridos, respeitando o saber popular e o formal, na edificação de propostas que façam sentido para os sujeitos que ali vivem. Assim, o trabalho gerencial do enfermeiro nas ESFs e suas atribuições, podem estimular o desenvolvimento do auto-cuidado, quando o indivíduo passa a emponderar-se de sua saúde modificando seu estilo de vida e conseqüentemente, sua história. Conforme Rothbarth (2009), as competências gerenciais requeridas ao enfermeiro contemplam aspectos relacionados a conhecimentos, habilidades e atitudes, podendo ser analisada em duas subcategorias distintas: competências gerenciais relativas ao processo administrativo devendo saber analisar a situação e articular os recursos disponíveis com a necessidade e a realidade e; competências gerenciais relacionadas ao cuidado que exigem planejamento e coordenação do processo de cuidar, juntamente com o conhecimento técnico-científico somado a valores éticos e morais. Desta forma, espera-se que a situação problema e as possíveis sugestões definidas como conduta adequada pelo grupo de prática do gerenciamento sejam relevantes para esta comunidade contribuindo de forma positiva para a saúde dos escolares, aproximando-os da ESF para discutir práticas de saúde, prevenção de doenças e mais qualidade de vida. Para Marcondes (1972, p. 89), “da escola de hoje sairá um exército de cidadãos que enfrentarão problemas pessoais e familiares, sociais e políticos, nacionais e internacionais. Como se desincumbirão de suas novas tarefas, só o tempo poderá dizer. No

momento, cabe a nós, adultos de hoje, ajudar os escolares a alcançar melhor nível de saúde, dando-lhes uma base sólida sobre a qual poderão construir uma vida útil e feliz". Ademais, a formação dos enfermeiros sobre o processo de trabalho gerencial é ainda incipiente, diante de sua importância e complexidade. Cabendo aos acadêmicos demonstrarem interesse em buscar e desenvolver novas competências gerenciais através da educação permanente em saúde (ROTHBARTH, 2009). Neste contexto, as ações desenvolvidas na disciplina prática de gerenciamento em enfermagem possibilitam aos acadêmicos aprimorar o entendimento das situações, desenvolvendo uma visão crítica e realista em relação ao contexto saúde/educação/sociedade. Percebe-se que é fundamental munir-se de recursos materiais e humanos e de informações que dêem conta da complexidade das situações encontradas no dia a dia da comunidade para a sua tomada de decisão, buscando a interação com outras áreas da saúde para crescimento pessoal e profissional dos indivíduos inseridos nesse contexto; e ainda, a capacidade de liderança e de gestão.

Referências

Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde de Adolescentes e Jovens. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29672&janela=1

MARCONDES, Ruth Sandoval. Educação em saúde na escola. Revista Saúde Pública [online]. 1972, vol.6, n.1, pp. 89-96. ISSN 0034-8910

ROTHBARTH, Solange; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves and PERES, Aida Maris. O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de Administração aplicada à Enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 2009, vol.18, n.2, pp. 321-329.

SANTOS, Álvaro da Silva; MIRANDA, Sônia Maria Rezende Camargo de (Org.). A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde. Barueri: Manole, 2007. 436 p.

WEIRICH, C. F. ET AL. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Rev. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 249-57.

138 A MAGNITUDE DAS VIVÊNCIAS NO CENÁRIO ACADÊMICO

FREITAS, Natiellen Quatrin[1]
(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Enfermagem e Saúde (GEPES) da UFSM. E-mail: natiellen.freitas@yahoo.com.br)

SANGOI, Thais Picolin[2]
(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa de Enfermagem e Saúde (GEPES) da UFSM)

TAVARES, Juliana Petri[3]
(Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM)

DISSEN, Caliandra Marta[4]
(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. Bolsista FAPERGS)

Descritores: Estudantes de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Enfermagem; Ensino.

Introdução: A graduação em enfermagem exige do acadêmico muito além de conhecimento científico. Ao longo da formação sente-se a necessidade de buscar maneiras para aprimorar os ensinamentos das aulas teóricas, assim como se familiarizar com as atividades, técnicas ou não, desenvolvidas pela equipe de enfermagem, voltando-se principalmente para a atuação do profissional enfermeiro. Logo, concorda-se com Biasi e Pedro (2009), que é importante que os estudantes de enfermagem vislumbrem a profissão do enfermeiro atentos e conscientes dos aspectos para além da técnica, ou seja, com o contexto histórico, social, cultural e econômico da pessoa, família ou comunidade, enfocando as relações humanas baseadas na solidariedade, na sensibilidade e no respeito ao ser humano. Nesse sentido, em uma Universidade do Sul do Brasil, este processo de aperfeiçoamento acadêmico denomina-se especificamente pelo nome de "vivências", que como explica Beuter et al. (2009), compreende um programa de ensino e extensão que possibilita aos acadêmicos a inserção em múltiplos espaços de produção de saúde, oportunizando uma troca de experiências entre academia universitária, serviços de saúde e instituições de ensino. Com este enfoque, realizaram-se vivências em um hospital escola da região sul do Brasil. **Objetivos:** Com vistas ao contexto acadêmico exposto acima, a partir deste trabalho objetiva-se relatar as atividades desenvolvidas por uma acadêmica do 4º semestre do curso de enfermagem junto à equipe multidisciplinar de uma unidade hospitalar, expondo as principais percepções desta prática, dando ênfase ao que se refere ao trabalho do Enfermeiro, a assistência da equipe de enfermagem, aplicabilidade de procedimentos específicos, gerenciamento dos cuidados, orientações e diagnósticos de Enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado pela autora do estudo, tendo como embasamento teórico e prático a aprendizagem adquirida ao longo da graduação até o quarto semestre, o qual a relatora cursava no momento da vivência a ser relatada. As atividades foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2011, em uma unidade de clínica hospitalar variada, com distintas especialidades de um hospital escola da região sul do Brasil. Tal exercício foi possibilitado por uma proposta de vivências da coordenação do curso de Enfermagem, juntamente do programa de ensino e extensão que a mesma propõe. Durante as práticas realizadas, a acadêmica acompanhava a enfermeira no decorrer de suas atividades na referida unidade, tendo

como orientadora uma Enfermeira docente. Esse acompanhamento acontecia 6 vezes por semana, sendo que a cada oportunidade novas técnicas eram realizadas, como por exemplo, sondagens, punções, sistematização da assistência de enfermagem, entre outras competências. **Resultados e discussões:** A Enfermagem pode ser descrita como profissão de ajuda, complexa e multifacetada, constituída por ampla variedade de elementos que entram em sua composição e em sua prática, como conceitualiza Moura et al. (2008). Com base nesse pensamento, durante o período em que foram realizadas as vivências, procurou-se observar as múltiplas faces da profissão, bem como acompanhá-las para então poder ampliar a visão acadêmica, especialmente no que diz respeito ao planejamento, organização, coordenação, avaliação dos serviços e aplicabilidade da prática assistencial do enfermeiro enquanto gerenciador da unidade. Este processo resultou em reflexões a respeito do que realmente é ser enfermeiro, rompendo com conceitos pré estabelecidos de que se refere apenas à realização de técnicas e atividades burocráticas, como por exemplo, o feitio de escalas para funcionários. Logo, não se trata de desempenhar atividades simples, pelo contrário, exige eficiência, responsabilidade, competência para que de fato se consiga garantir qualidade e segurança na assistência ao paciente, independente de seu estado clínico. Com base nesses aspectos, reafirma-se que as situações vivenciadas se fizeram fundamentais para que se percebesse o dinamismo da profissão e a exigência que este grau requer de um profissional para que este seja capaz de nortear a tomada de decisões nas diversas situações com as quais se depara enquanto gerenciador de uma equipe de Enfermagem. O enfermeiro não é simplesmente o chefe, mas sim aquele que deve responder e resolver qualquer coisa dentro de sua área de trabalho. É necessário ter bom senso, agilidade para então ser capaz de prover e satisfazer inclusive as mais simples demandas, como por exemplo, repor um aparelho quebrado, contatar outros profissionais para um acompanhamento mais restrito de um paciente e até mesmo solicitar uma dieta específica para algum usuário. Esse profissional, acima de tudo, deve ser autônomo, ter espírito de liderança e grande habilidade para conviver em um ambiente onde imprevistos acontecem o tempo todo e lhe cabe, na grande maioria dos casos, resolvê-los. Ademais, é válido ressaltar que para o Enfermeiro ser capaz de gerenciar, é preciso saber prestar cuidados individualizados, centrados nas necessidades humanas básicas. Além disso, a competência administrativa é essencial para que a assistência seja prestada, e não há como desarticulá-las, idéia que é ressaltada por Faveri e Fernandes (2003), quando estes afirmam que para o enfermeiro administrar, é preciso saber prestar o cuidado, ou seja, ele não pode administrar sem assistir. Fica provado assim, que a acadêmica, em seu núcleo de vivências pode (re) pensar com criticidade na complexidade da função do enfermeiro. Outro aspecto positivo da realização das vivências foi a otimização do tempo e do espaço para o aperfeiçoamento das técnicas aprendidas no decorrer do período de graduação realizado até então, já que a acadêmica envolvida pode participar de procedimentos técnicos competentes ao Enfermeiro, praticando-os de modo a ter tranqüilidade daquele momento em diante para realizar técnicas com maior segurança e confiança nela mesma, dando destaque para a realização de sondagens, curativos, desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), entre outras atividades que lhe permitiram compreender cada técnica passo a passo e sua finalidade, bem como a importância da realização das mesmas para o cuidado aos usuários. Mais um aspecto relevante nesta experiência foi a atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), já que esta se faz fortemente presente sendo uma característica marcante da unidade de clínica variada em questão, atuando sempre de modo e coerente e representativo no sentido de diminuir as complicações de uma internação hospitalar. Chamou a atenção o modo como os profissionais de saúde se portam diante das ações recomendadas pela CCIH, os mesmos realizam as técnicas assepticamente e fazem uso dos equipamentos de proteção individual, a fim de prevenirem as infecções hospitalares. **Considerações finais:** De modo geral, afirma-se que foram de todo

positivas as vivências realizadas nessa unidade, já que propiciaram o aperfeiçoamento de técnicas e procedimentos que até então a acadêmica não tinha pleno domínio. Porém, o maior benefício foi a possibilidade de compreender o universo do enfermeiro e como este atua diante das adversidades do dia-a-dia, como a falta de algum recurso necessário para a assistência. Além disso, foi proveitoso esse espaço para a reflexão das relações entre a equipe de enfermagem e como estas influenciam diretamente na qualidade do cuidado. Portanto, o objetivo das vivências, que se volta para o acompanhamento das atividades do Enfermeiro enquanto gerente do cuidado e da unidade foi alcançado, ratificando a importância das mesmas no processo de formação dos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem.

Referências

BEUTER, M. et al. **Programa de Formação Complementar em Enfermagem/PROFCEN**. Santa Maria, 2009.

BIASE, L.C., PEDRO, E.N.R. **Vivências de aprendizagem do cuidado na formação da enfermeira**. 2009; 43 (3): 506-511.

FAVERI, F., FERNANDES, M.S. **Função Administrativa do Enfermeiro: Administração da assistência ou administração do serviço**. 2003; 18 (3): 32-6.

MOURA, A.C.; RABELO, C.B.M.; SAMPAIO, M.R.F.B. **Prática profissional e metodologia assistencial dos enfermeiros em hospital filantrópico**. 2008; 61(4): 476-481.

139 A EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO PROTAGONISTA DIANTE DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

SANGOI, Thais Picolin

(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde – GEPES - da UFSM E-mail: thaisangoi@hotmail.com)

FREITAS, Natiellen Quatrin

(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde - GEPES - da UFSM)

TAVARES, Juliana Petri

(Enfermeira. Doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e do Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional)

DISSEN, Caliandra Marta

(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM - Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da UFSM. Bolsista FAPERGS)

Descritores: Infecção Hospitalar; Enfermagem; Papel do Enfermeiro.

Introdução: Tendo em vista a alta incidência de infecções hospitalares que são registradas a cada dia, torna-se relevante abordar esse tema em discussões que venham a fundamentar a prática profissional do enfermeiro no sentido a prevenir esse tipo de ocorrência negativa e salientar a importância dos cuidados assépticos da equipe multidisciplinar em geral para que cada vez mais os níveis de infecções hospitalares sejam diminuídos. Nesse sentido, utiliza-se o conceito do Ministério da Saúde, Brasil (1998), de que a infecção hospitalar é definida como "aquela adquirida após a internação do paciente e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares". A partir disso, ressalta-se que se constitui em um dos grandes problemas enfrentados pelos profissionais de saúde e também dos pacientes. Segundo Costa (2001), mesmo com os avanços técnicos e científicos na área da saúde, inclusive de medidas de controle e prevenção de infecção hospitalar, a ocorrência de infecção, de modo geral, tem sido acima do esperado. **Objetivos:** Com vistas ao contexto exposto acima, a partir deste trabalho objetiva-se relatar as atividades desenvolvidas por uma acadêmica do 4º semestre do curso de enfermagem junto à equipe multidisciplinar de uma unidade hospitalar de clínica médica com especialidades variadas com foco na importância e atuação da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) na oportunidade da realização de vivências em um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul (RS). Especificamente pretende-se identificar o papel do enfermeiro na prevenção e no controle das Infecções Hospitalares (IH), como este se porta diante dos altos índices destas e se a equipe de enfermagem adere aos protocolos de práticas e procedimentos estabelecidos pela CCIH. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência elaborado com base nas vivências realizadas pela autora de acordo com os ensinamentos propiciados pelas aulas teóricas e práticas assistidas ao longo do curso de graduação em enfermagem. As atividades foram desenvolvidas em uma unidade de clínica médica com

especialidades variadas de um hospital universitário no interior do RS, no período de dezembro de 2010 a janeiro de 2011. A acadêmica envolvida realizava suas atividades 6 vezes por semana acompanhando principalmente a enfermeira em sua práticas com olhar especifico voltado para a atuação da equipe responsável pelo controle de infecções hospitalares, bem como para os resultados que as ações desempenhadas pela mesma traziam para o contexto hospitalar envolvido (pacientes, familiares, acadêmicos de cursos da área da saúde, equipe de colaboradores...). **Resultados e discussões:** Primeiramente**,** julga-se importante conceituar o termo "vivências" de acordo com o sentido dado pela autora nesse trabalho. Para tanto, utiliza-se a definição dada por Beuter et al. (2009), onde a autora explica que se trata de um programa de ensino e extensão que possibilita aos acadêmicos a inserção em múltiplos espaços de produção de saúde, oportunizando uma troca de experiências entre academia universitária, serviços de saúde e instituições de ensino. Logo, a partir desse pressuposto, as vivências realizadas permitiram ampliar a visão desta acadêmica sobre a finalidade da CCIH e sua forma de atuação dentro de uma unidade de internação e também no hospital como um todo e, sobretudo, compreender no que o enfermeiro pode contribuir, ou seja, o seu papel frente às crescentes incidências das infecções hospitalares, bem como que tipo de importância e atividades esse profissional desenvolve sendo um dos integrantes da CCIH, pois em seu sítio de atuação, ou seja, na referida unidade de um hospital universitário do interior do RS a autora observou que é elevado o número de infecções hospitalares e que há grande preocupação com este problema, logo, isso acabou por motivar esta prática e orienta - lá em suas ações durante a mesma. Para fim de contextualização do assunto, concorda-se com Turrini (2001) quando este afirma que a freqüência das infecções hospitalares se relaciona diretamente com alguns fatores que são: as características do paciente, as peculiaridades do hospital (tipos de serviços oferecidos, o tipo de clientela atendida), bem como a gravidade e a complexidade dos pacientes internados, o sistema de vigilância epidemiológica e o programa de controle de infecções hospitalares adotados pela instituição de saúde. Sendo assim, percebe-se que as infecções hospitalares são multicausais, ou seja, estão relacionadas ao ambiente, ao paciente, aos materiais e também à Equipe de Saúde, entre outras causas, e a prevenção torna-se uma grande aliada dos profissionais no controle desse agravo, eis que fica explicita a relevância da existência de se ter instalada uma CCIH no hospital. Baseado nessa premissa, o enfermeiro acompanhado pela acadêmica comportou-se de modo a orientar a sua equipe sobre os procedimentos e também sobre o uso adequado dos equipamentos de proteção individual (EPI's), para que então se fizessem cumprir as orientações dadas pela CCIH. Também aconteceram reuniões onde eram discutidas possibilidades de criação de leitos de isolamento, bem como quem ocuparia os mesmos. Porém, conforme foi observado pela acadêmica de enfermagem, alguns membros da equipe de enfermagem não deram a devida importância à responsabilização no controle das IH, e com freqüência estes acabavam por atribuí-las à CCIH e não seguiam corretamente as recomendações e normas estabelecidas pela mesma, contribuindo para a disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar e consequentemente ajudando a elevar os altos índices de incidência de doenças infecciosas. Esse aspecto das vivências acabou por ser decepcionante, já que embora existisse a CCIH a mesma por muitas vezes não conseguia evitar as situações, apenas instaurar medidas de controle e não mais de prevenção. Diante disso, acredita-se que o êxito na prevenção e controle das infecções hospitalares está diretamente relacionado com o envolvimento de todos nas ações preventivas, tanto de forma individual quanto coletiva, assumindo o compromisso com a prevenção e respeitando o que é instituído pela CCIH. Na rotina vivenciada pela acadêmica, esta pôde presenciar as práticas e refletir sobre a complexidade de atuação do enfermeiro em um campo onde existem regras a ser cumpridas e ao mesmo tempo os profissionais tem autonomia para decidirem sobre suas práticas. Logo, percebeu-se que é difícil para o enfermeiro ditar qualquer regra. Constatou-se também que as relações interpessoais da equipe

influenciam bastante na efetividade da CCIH, já que se a equipe não se une e toma partido estando sensibilizada do assunto, os protocolos instituídos não são colocados em ação. No local onde aconteceu a experiência, a acadêmica pode verificar que a CCIH não foi tão efetiva, ou então, quem falhou foi a equipe, desconsiderando e não cumprindo as orientações, logo, ficou esse questionamento, que de certa forma foi frustrante pois é difícil conformar-se com a desatenção dos profissionais em relação a implementação de um serviço tão relevante em um hospital, ou seja, a CCIH. **Considerações Finais:** A experiência oportunizada pelas atividades realizadas na unidade de um hospital universitário no interior do RS contribuiu para a ampliação dos conhecimentos adquiridos ao longo dos quatro semestres de Enfermagem, possibilitando relacionar o embasamento teórico e prático com a rotina de uma unidade hospitalar e com as condutas de prevenção e controle das IH, especificamente a atuação do enfermeiro nesse espaço e como acontece a relação da CCIH com os demais profissionais de saúde. Contudo, foi de significativa importância tal vivência para a formação acadêmica permitindo pontuar tais aspectos aqui mencionados, bem como cumprir o objetivo desse tipo de atuação acadêmica.

Referências

BEUTER, M. et al. Programa de Formação Complementar em Enfermagem/PROFCEN. Santa Maria, 2009.

COSTA, T.M. A Infecção Hospitalar na Perspectiva da Equipe de Enfermagem de Unidades de Clínica Médica e Cirúrgica de um Hospital Universitário de Belo Horizonte. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 2616 de 13 de maio de 1998. Regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 15 maio 1998. Seção I.

TURRINI, R.N.T. Percepção das Enfermeiras sobre fatores de risco para a infecção hospitalar. Rev.Esc.Enf.USP, v.34, n. 2, p. 174-84, jun. 2000.

140 CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIA: TENDENCIAS NAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS DA ENFERMAGEM

SILVEIRA, Andressa da[1]
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (PPGEnf), Bolsista REUNI. E-mail: andressadasilveira@gmail.com)

NEVES, Eliane Tatsch[2]
(Enfermeira Pediatra, Doutora em Enfermagem, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf)

ZANON, Bruna Pase[3]
(Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

Descritores: Enfermagem pediátrica; Saúde da criança; Família.

Introdução: O avanço da tecnologia e a evolução do saber científico influenciaram sobremaneira a redução da mortalidade infantil, resultando no prolongamento da vida de crianças com estado de saúde frágil. Com isso, houve um aumento considerável do número de crianças críticas que sobreviveram devido algum tipo de tecnologia, com necessidades especiais de saúde. De acordo com Wong (1999) o progresso tecnológico tem contribuído para evitar a morte de crianças com doenças crônicas e/ou incapacitantes, de modo que, sem esse progresso, elas não se manteriam vivas. Entretanto, isto ocasionou o surgimento de um grupo de crianças dependentes de tecnologia denominadas, na literatura internacional de *Children With Special Health Care Needs* (CSHCN) (McPHERSON et al., 1998) e, no Brasil, como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) (VERNIER, CABRAL, 2006). As CRIANES são crianças que tem seu estado de saúde decorrente do avanço tecnológico, sendo que para estas sobreviverem é necessário a utilização de tecnologias para que estas possam viver. Assim, tem-se percebido que se por um lado os avanços possibilitaram que essa clientela sobrevivesse, por outro, aumentou o número de crianças portadoras de doença crônica e/ou incapacitante, dependentes de algum tipo de tecnologia no seu corpo, com necessidades especiais de saúde e que dependem de cuidados complexos para sobreviver mesmo fora do ambiente hospitalar. Crianças com necessidades especiais de saúde são aquelas que apresentam condições especiais de saúde com demandas de cuidados contínuos, de natureza temporária ou permanente e que necessitam dos serviços de saúde para além das outras crianças (McPHERSON et al. 1998; Wong, 1999). Em Santa Maria (Rio Grande do Sul), elas são uma clientela representativa nos serviços de atendimento pediátrico de um hospital escola, sendo que 58,5% delas desenvolveram necessidades especiais de saúde devido a causas perinatais (infecções neonatais; hipóxia/anóxia neonatal; malformações congênitas; prematuridade e doenças sindrômicas). A média de internações/reinternações das CRIANES foi de aproximadamente 7,5 vezes em 70% dos casos, variando, em 25% destes, entre três e mais de 12 vezes (VERNIER, CABRAL, 2006). Diante dos achados, faz-se necessário considerá-las como uma nova clientela, com demandas específicas, em virtude da complexidade dos cuidados, da singularidade e da fragilidade clínica em que elas vivem. Deste modo, ressalta-se que por ser uma clientela emergente, com números elevados decorrentes da evolução científica na saúde da criança, as CRIANES representam um desafio para a equipe de enfermagem que atua diretamente com a criança internada e com seus familiares. Neste sentido a enfermagem deve estar preparada para atuar diante das inquietações que surgem no familiar cuidador que mesmo no pós alta hospitalar deve continuar a

prática de cuidado com a CRIANES no domicílio. Destaca-se como um desafio para os profissionais o fato de a assistência às CRIANES ser uma realidade nova, em especial para os profissionais de enfermagem que se defronta com uma clientela inédita durante as internações prolongadas e re-internações e, também, no acompanhamento domiciliar após a alta hospitalar. Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de trabalhar questões referentes às demandas de educação em saúde dos familiares/cuidadores de crianças e/ou adolescentes com necessidades especiais de saúde, buscando compreender de que forma acontece o processo de educação destas famílias para a realização do cuidado no domicílio. Este estudo tem por **Objetivo** analisar a tendência da produção científica na enfermagem acerca das crianças dependentes de tecnologia e/ou portadoras de doenças crônicas, a fim de conhecer de que forma os familiares cuidadores são preparados para cuidar delas no domicílio. **Materiais e métodos:** Pesquisa bibliográfica desenvolvida na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), e na biblioteca digital Scientific Electronic Library Online (SCIELO) no final do mês de maio de 2010. Para a localização das produções, utilizou-se o descritor enfermagem pediátrica, com recorte temporal de 2005 a 2010, tendo como critérios de inclusão produções que disponibilizassem os textos completos em língua portuguesa, bem como produções que convergissem com a enfermagem pediátrica, crianças com doenças crônicas e crianças com necessidades especiais. Foram encontradas 251 publicações no LILACS, 328 na BDENF e 39 na SCIELO. Posteriormente foi realizada uma leitura prévia dos títulos e resumos das produções encontradas, onde foram selecionados 10 artigos no LILACS, seis na BDENF e seis na SCIELO, totalizando 22 produções para análise de conteúdo temática. **Resultados e discussão:** Das 22 produções, 52% têm como sujeito família/familiares, 22% dos sujeitos estão representados na figura do pai e/ou mãe, 7,4% correspondem a equipe de saúde e cuidadores respectivamente, e 3,7% dos sujeitos pesquisados correspondem a crianças, acadêmicos e vizinhos. De acordo com os resultados obtidos percebe-se uma tendência de estudos que tenham o foco na família, entretanto estudos que trazem a criança como objeto de estudo aparece em menor quantidade, denotando fragilidades em estudos em que a criança é o sujeito principal. Em relação a categoria cenário do estudo destaca-se o cenários hospitalar com 82% dos achados, e posteriormente domiciliar, comunidade, Equipe da Saúde da Família (ESF) com 4,5% cada. Ressalta-se, ainda, que se obteve 4,5% de resumos onde o cenário de pesquisa não é apontado. Neste sentido percebe-se que o hospital ainda aparece com maior visibilidade em estudos realizados por enfermeiros. O que torna questionável se o enfermeiro tem realizado pesquisa nos demais centros de atuação da enfermagem. Na categoria objetivo do estudo, ressalta-se que 36,3% das pesquisas têm o objetivo centrado no cuidado prestado pelo familiar a criança, 18,1% na experiência mãe/família em cuidar de criança, 13,6% em maneiras de intervir no cuidado, outros 13,6% no cuidado prestado pela equipe de saúde á criança hospitalizada, sendo que 4,5% das produções trouxeram como objetivo do estudo a qualidade e utilização do genograma e o cuidado a família simultaneamente. Wong (1999) salienta que a família é fundamental para a vida da criança, tendo em vista que os profissionais de saúde são temporários. Corroborando com a citação acima, pode-se considerar que a família tem o direito de participar de todas as fases do cuidado da criança hospitalizada, a fim de que no pós alta hospitalar, os familiares estejam instrumentalizados para dar continuidade ao cuidado no domicílio. Para Elsen (1994) a família não pode ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser considerada, e a participação deve ser incentivada em todo o processo de cuidar/curar. Quanto ao tipo de abordagem utilizada nas pesquisas, destaca-se que 86,3% são do tipo qualitativa, 9% quantitativa, e 4,5% dos estudos não especificam o tipo de abordagem utilizada. Independente da abordagem empregada faz-se necessário que o pesquisador

ao optar por um tipo de abordagem mantenha coerência com os objetivos e com a técnica de coleta de dados. Ao categorizar o tipo de publicação, tem-se que 77,2% correspondem a artigos, 18,1% correspondem a tese de doutorado, e apenas 4,5% a dissertação de mestrado. Quanto ao espaço temporal das produções levantadas, entre 2005 a 2010, 45,4% das produções são do período de 2007 a 2008; 27,2% entre 2005/2006, e a 2009/2010 concomitantemente. **Conclusões:** Cuidar de crianças dependentes de tecnologia requer do profissional de enfermagem atualização, busca constante pelo aprimoramento do cuidado para reabilitação que deve incluir a família neste processo a fim de que a mesma esteja preparada para cuidar no domicílio. Embora as CRIANES sejam uma clientela com necessidades para além das demais crianças, nos dias atuais, ainda existe pouca visibilidade a esta clientela emergente. Os profissionais de saúde, dentre eles, os de enfermagem devem atuar ativamente na busca pelo cuidado, integrando a famílias em todas as fases deste processo, a fim de que a mesma seja reconhecida também como cliente de enfermagem. Em relação à busca bibliográfica percebe-se que a enfermagem realiza estudos, tem buscado o aperfeiçoamento na profissão por meio da qualificação, entretanto o hospital aparece como cenário de maior visibilidade, mesmo nos dias atuais quando enfermeiros ocupam diversos cenários de atuação. Considerando que a busca realizada evidenciou enfermagem pediátrica, existe uma lacuna no que se refere aos sujeitos estudados, pois a criança enquanto objeto de estudo aparece em um número relativamente inferior quando comparada à família ou à equipe de saúde.

Referências

ELSEN, I. **Marcos para prática de Enfermagem com famílias.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1994. p. 61-77.

MCPHERSON, M.G.; ARANGO, P.; FOX, H.; LAUVER, C.; MCMANUS, M.; NEWACHEK, PW; et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics.** 1998;102(1);137-41.

WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.

VERNIER, E.T.N.; CABRAL, I.E. Caracterização de crianças com necessidades especiais de saúde e seus familiares cuidadores. Santa Maria (RS). 2004-2005: subsídios para intervenções de enfermagem. **Rev Soc Bras Enferm Pediatr**. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 37-45, 2006.

141 A IMPORTÂNCIA DA VISITA DOMICILIÁRIA EM PUERICULTURA

VELASQUE, Ana Cláudia Inda [1]
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão. E-mail: aninhavelasque@hotmail.com)

VARGAS, Ana Cláudia Soares [2]
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago)

ALBERTI, Gabriela Fávero [3]
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão)

BUBANZ, Débora Beatriz [4]
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago)

CARVALHO, Sandra Ost R. M.[5]
(Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

SILVA, Silvana de Oliveira.[6]
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

Descritores: Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Cuidado da Criança;

Introdução: A atenção integral à saúde da criança está contemplada no Pacto pela Vida, configurando-se como uma dos maiores compromissos do Sistema Único de Saúde (SUS). A necessidade de firmar esse pacto advém da percepção de que a infância – idade de sonhos, alegria e brincadeiras – ainda é sinônimo de doenças, violência e abandono para um grande número de crianças. (DIALOGANDO SOBRE O PACTO, 2006) Nessa conjuntura, existem formas de evitar grande parte dessas mortes que ainda ocorrem em nosso país. A Estratégia Saúde da Família destaca-se como um meio de consolidar a reestruturação do modelo atual de saúde embasada no princípio da integralidade do cuidado o qual possibilita a visualização das singularidades dos sujeitos assistidos, incorporando e reafirmando os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS). (ARAÚJO; ROCHA, 2006) Assim, como forma de garantir os princípios doutrinários do SUS, surge na ESF a visita domiciliária (VD) que se constitui um importante instrumento para prática de Enfermagem na Saúde coletiva no Brasil. Na atual conjuntura das políticas de saúde assistencial a VD está posta como possibilidade de concretização de ações de forma integral. Esta estratégia propõe uma nova dinâmica para estruturação dos serviços de saúde, bem como sua relação de complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime com a unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com suas reais necessidades, identificando os fatores de risco de forma apropriada. (SANTOS; KIRSCHBAUM, 2008) Com a utilização em larga escala, da visita domiciliária em puericultura, principalmente nos

serviços de saúde coletiva, observa-se que esta é fundamental para a assistência com qualidade e resolutiva, principalmente no campo de enfermagem, para que seja possível o planejamento de uma assistência de acordo com o contexto social em que está inserido. (SILVA *et al.*, 2009) Para tanto, o presente trabalho tem o objetivo relatar as percepções acadêmicas vivenciadas no estágio curricular da disciplina Saúde da Criança e do Adolescente frente a visita domiciliária em puericultura como uma estratégia de promoção da saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido pelos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem do VII semestre da URI campus de Santiago, durante o estágio curricular da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente, sob supervisão da Enfermeira e docente da disciplina. Os estágios foram realizados na primeira quinzena de abril de 2011, na ESF Missões da cidade de Santiago/RS. A estratégia possui estrutura física ampla e equipe multiprofissional composta por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e um odontólogo. Entretanto, por período indeterminado de tempo está sem médico, sendo os casos mais complexos encaminhados ao serviço especializado no município. Durante as práticas, os acadêmicos conheceram as dependências físicas da unidade, discutiram sobre a demanda atendida e as características da população que busca o serviço. A supervisora desta prática propôs que cada acadêmico realizasse uma visita domiciliária acompanhados do agente comunitário de saúde, a fim de que observassem o contexto social e familiar em que as crianças, usuárias da Estratégia, se inserem e, a partir disso, realizariam as orientações necessárias bem como traçariam um plano de intervenção. Ainda, frente ao que era observado o agente comunitário de saúde fazia a captação destas crianças e responsável/cuidador para a consulta, trazendo-a para acompanhamento na Unidade. **Resultados e Discussões:** Através das visitas, o acadêmico tinha a oportunidade de conhecer o contexto social em que as crianças estavam inseridas, identificando problemas socioeconômicos relacionados à saúde da criança e/ou do adolescente que davam subsídios para planejar estratégias de prevenção e promoção a saúde. Além disso, atentavam-se aos fatores externos que contribuíam para o mau desenvolvimento infantil relacionados às condições de moradia e saneamento básico, renda familiar, freqüência na escola, entre outros. Realizavam também diversas orientações, entre as quais destacamos: informações sobre o aleitamento materno e sua importância para a criança e para a mãe (relações de afetividade e vinculo mãe/filho); cuidados com higiene e desenvolvimento da criança. A finalidade dessas visitas domiciliaria constituía na integração entre a unidade de saúde e o meio em que esta criança vive, ou seja, trata-se de um instrumento utilizado pelo serviço de saúde para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil. Todos os aspectos observados contribuíam para que a equipe, e neste caso acadêmicos e supervisor, pudessem nivelar quais as prioridades de atenção que estas famílias necessitavam. Em alguns casos, entretanto, o resultado das intervenções efetuadas não era imediato, exigindo da equipe habilidades no diálogo, incentivo à realização das orientações corretas e a presença constante da unidade no âmbito familiar e vice-versa. **Considerações finais:** Considerando as colocações anteriores, acreditamos que a Visita Domiciliária vem a ser um importante instrumento de estratégia de prevenção e promoção de saúde. Desse modo, esse processo nos causa certa inquietação, pois notou-se que os agentes comunitários de saúde não possuem habilidades no que tangem a comunicação, ética profissional, conhecimento dos mecanismos para prover à família uma assistência de prevenção e principalmente promoção à saúde, além da valorização das características culturais existentes naqueles sujeitos. Esta lacuna ocorre pela falta de conhecimento e visão por parte destes profissionais, pois eles não conseguem identificar quais os fatores relevantes que interferem no processo saúde-doença da população assistida. A cultura das famílias está fortemente ligada ao processo saúde/doença do individuo, pois neste bairro, no qual os estágios foram realizados, encontramos altos índices de obesidade infantil, por exemplo, que é característica própria deste local, pois as mães se embasam naquela cultura, de

que “gordura é sinal de saúde”, muitas vezes não sabem os diversos fatores de risco envolvidos na saúde de uma criança que está acima do peso e das doenças graves que a mesma pode desenvolver. A importância do profissional de enfermagem acompanhar as visitas é justamente tornar os agentes comunitários aptos para a observação holística da criança e familiares, considerando seu contexto biopsicossocial, tendo em vista que estes profissionais inseridos na comunidade são o principal elo de comunicação entre os sujeitos e a estratégia. Ainda, organizar as intervenções necessárias de acordo com as possibilidades individuais de cada família assistida. Embora não fosse pretensão deste relato discutir as competências do ACS, percebemos a necessidade de trazê-los a discussão, pois foi através das visitas realizadas na companhia destes profissionais que notamos essas falhas que refletem diretamente no prejuízo ou retardo do processo de prevenção e promoção de saúde da criança e do adolescente.

Referências

ACIOLI S. **A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública.** Rev. Brasileira de Enfermagem rio de Janeiro 2008

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M; **Trabalho em Equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**. Rio Grande do Norte: 2006.

MONTEIRO A.I. FERRIANI MGC**. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária.** Rev. Latino-am, Enfermagem Ribeirão Preto 2000

SILVA, M.M; ROCHA, L; SILVA, S.O. **Enfermagem em Puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança**. Rev. gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2009

SANTOS EM, KIRSCHBAUM DIR. **A trajetória Histórica da visita domiciliária no Brasil: Uma revisão bibliográfica.** Rev, eletrônica de Enfermagem Brasília 2008

142 O TRABALHO EM EQUIPE E A INTEGRALIDADE: ALGUMAS PERCEPÇÕES ACADÊMICAS

VARGAS, Ana Cláudia Soares
(Relatora. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. E-mail:)

ALBERTI, Gabriela Fávero
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão)

SOUZA, Bruna Flores
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago)

VELASQUE, Ana Cláudia Inda
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão)

BUBANZ, Débora Beatriz
(Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Santiago)

CARVALHO, Sandra Ost R. M
(Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

Descritores: Saúde Pública; Enfermagem; Atenção Primária de Saúde.

Introdução: Como proposta para a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde ou reestruturação do sistema de saúde atual destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF). Tem como proposição principal a integralidade nos cuidados de saúde sendo considerada um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), visto que a partir desta, será possível visualizar as singularidades e necessidades da população atendida bem como dimensionar o valor das práticas de saúde. (ARAÚJO; ROCHA, 2006) Para tanto, afim de que se possa incorporar a integralidade como ferramenta de trabalho essencial para a equipe, faz-se necessário conceituar "trabalho em equipe" e, a partir disso, discutir a relação destes atores envolvidos nas práticas de cuidado e refletir sobre de que forma ocorre a interação/integração entre estes profissionais. O trabalho em equipe, segundo Carvalho (2008) é obtido através de relações interprofissionais, ou seja, é uma interação recíproca entre dois ou mais profissionais. Ainda, consiste também em uma estratégia para a observação dos diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. No caso da Estratégia Saúde da Família (ESF), esta modalidade coletiva de cuidado que visa, à qualidade da prestação de serviços em saúde, é vista como uma "divisão de responsabilidades do cuidado", na qual os envolvidos participam cada qual com suas especificidades. Essa ação caracteriza-se como interdisciplinar, possibilitando, portanto, na transformação deste profissional na medida em que ele passa a interagir com outro profissional de área diferente. (ARAÚJO; ROCHA, 2006) A equipe interdisciplinar de saúde é aquela que presta cuidados através de uma equipe multidisciplinar sendo que cada membro tem responsabilidades especificas e todos contribuem para a assistência integral ao paciente.

(CARVALHO, 2008); (COSTA, POLIGNAMO, 2008). Para isso, este relato de experiência tem como objetivo relatar a reflexão sobre a percepção dos acadêmicos do curso de Enfermagem no que tangem as ações observadas durante as práticas curriculares que envolvem o trabalho em equipe da Estratégia Saúde da Família São Vicente. **Metodologia:** Tais percepções são fruto da vivência acadêmica obtida através de práticas curriculares que ocorreram no período de junho de 2010, proporcionadas pela disciplina de Saúde Coletiva I - V semestre, acompanhados pela professora e supervisora da disciplina na ESF São Vicente, Santiago/RS. A unidade divide-se em vários espaços com salas para práticas e profissionais específicos, na qual a equipe constitui-se de uma enfermeira, um médico, dois técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Durante as práticas, os acadêmicos conheceram as dependências físicas da unidade, discutiram sobre a demanda atendida e a característica da população que busca o serviço. Participaram, também, de um grupo de pessoas da comunidade que se reúnem para esclarecer dúvidas, obter avaliações clínicas e aquisição de medicações. Ainda, os acadêmicos reuniram-se com a equipe que lá atua para discutir sobre como é a rotina desta unidade, que atividades são realizadas, que tipo de assistência é prestada, entre outros fatores que contribuíram para a discussão que se faz a seguir. **Resultados e discussões:** Na saúde coletiva a Estratégia Saúde da Família, adotado pelo Ministério da Saúde como estratégia para a mudança do modelo assistencial a partir da atenção básica, trabalha com uma lógica centrada nas famílias e nos problemas identificados em seu território, dando ênfase à promoção da saúde. Assim, é atribuição da Equipe que faz parte desta estratégia, trabalhar articulada com outros setores a fim de buscar soluções para a diversidade de problemas de saúde de suas comunidades, promovendo ações intersetoriais, pois há a necessidade de ampliar a oferta, abrangendo outros setores da sociedade, mobilizar a comunidade para envolver-se nas atividades propostas e aumentar a participação social nas decisões do trabalho em equipe, visando ao exercício da cidadania e à promoção da saúde (MORIN, *et al.,* 2009). Nesse sentido, esta prática curricular possibilitou-nos observar que a equipe interdisciplinar que trabalha no ESF São Vicente, consegue desenvolver suas atividades específicas de forma a integrar estas às ações realizadas pelas outras áreas lá presentes, ou seja, um profissional complementando a prática do outro. Dessa forma, ao conseguirem consolidar as ações interdisciplinares, a equipe trabalha de forma harmoniosa, com diálogo e reciprocidade, sem que haja a verticalização do cuidado, o qual reflete em uma assistência integral e continuada. Assim, esta integração profissional facilita a criação do vínculo com a comunidade, pois as práticas realizadas são abordadas de maneiras lúdicas e dinâmicas com propósito de atrair os usuários, fazendo com que estes participem das ações de prevenção, promoção e reabilitação proporcionadas pela unidade de atenção básica. Foi possível observar, também, que a partir do momento que as dinâmicas para atrair a população aos serviços foram sendo diversificadas, percebeu-se a presença mais constante da população assistida. Para tanto, a equipe encontra-se semanalmente para discutirem em conjunto as ações a serem desenvolvidas na semana seguinte, a fim de que garantam uma assistência íntegra, continuada e com resolutividade. **Considerações finais:** Contudo, as práticas proporcionaram observação do cotidiano de uma ESF que adequou-se ao novo modelo de assistência, baseado em educação permanente em saúde que visa a participação do grupo - profissionais e comunidade, valorização dos saberes de ambas as partes, horizontalizando a assistência, em outras palavras, praticando o modelo radical trazido pela própria equipe. Percebe-se, também, que a ESF São Vicente tem clareza de sua atribuição de promotora da ação intersetorial, esforçando-se de várias maneiras para fomentar o envolvimento de outros setores em todos os momentos do seu processo de trabalho. Ainda, a ESF cumpre o papel de mediadora de algumas ações intersetoriais, o que vêm ao encontro do proposto pela Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Na construção do projeto de saúde da família, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado por um projeto assistencial comum e que os atores desenvolvam uma ação de

interação entre si e com a comunidade. É imprescindível o desenvolvimento de uma prática comunicativa orientada para entendimento mútuo. O trabalho em equipe no contexto de ESF ganha uma nova forma de trabalho no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros da equipe, na qual todos participam com suas especialidades contribuindo para a qualidade da prestação das ações em saúde integral. A idéia da assistência integral favorece a ação interdisciplinar nas práticas onde ocorre uma valorização das várias disciplinas contribuindo assim para uma abordagem ampla resolutiva do cuidado.

Referências

1. CARVALHO, M. L. **Perfil e Relação interprofissional da equipe de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) em cidades de pequeno porte.** Araçatuba: 2008 118 p.

2. COSTA, C. M; POLIGNAMO, M. V. **Integralidade da Saúde no Programa de Saúde da Família: proposta de um indicador.** Minas Gerais: 2008.

3. PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família no município de Petrópolis.** Rio de Janeiro: 2006.

4. MARIN, M. J. S; MORRO, E; HIGA, E. F. R; ILIAS, M. **Caracterizando as ações das equipes da estratégia de saúde da família do município de Marília.** Minas Gerais: 2009.

5. ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M; **Trabalho em Equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Rio Grande do Norte: 2006.

143 CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO DESAFIOS E PERSPECTIVAS: REFLEXÃO

CASSOL, Paulo Barrozo
(Enfermeiro, especializando do Curso de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: debyeinloft@yahoo.com.br)

EINLOFT, Debora
(Enfermeira, do Centro de Materiais Esterilização do Hospital Universitário de Santa Maria)

BORDIN, Ivana Caetano
(Enfermeira, chefe do Centro de Materiais Esterilização do Hospital Universitário de Santa Maria)

Palavras-chave: Gerência; Educação em Saúde; Enfermagem.

Introdução: Entre os diversos serviços prestados em um Hospital, pode-se constatar o Centro de Material e Esterilização como uma unidade que se entrelaça com os diversos setores do hospital devido a sua especificidade. Entretanto destaca-se também como sendo um setor que possui certa invisibilidade em relação ao seu processo de trabalho, que fornece materiais esterilizados, mas a sua dinâmica, as atualizações com as tendências tecnológicas e a gestão de pessoal que o fazem funcionar podem passar despercebidas. No Brasil o ministério da saúde define o centro de materiais esterilizado como o conjunto de elementos destinado à recepção, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição dos materiais para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde [(2)]. Algumas vezes chega-se a comparar como um trabalho automatizado, sendo que seus processos não são automáticos e exigem cuidados e atenção em todas as suas etapas desde o preparo, a esterilização e armazenagem. Buscando sempre a excelência, sempre voltado ao bem maior que é a saúde do cliente. O surgimento, a evolução e o grau de importância dos centros de materiais estão associados à evolução da medicina moderna e os descobrimentos da ciência a respeitos dos germes e sua propagação [(2)]. A partir de 1847 com a introdução da lavagem das mãos e dos instrumentos cirúrgicos em solução de cal clorados e em 1874 com utilização de água fervente para lavagem dos materiais cirúrgicos foi constatado uma grande redução nas transmissões de germes infecciosos, mais tarde foi demonstrado por Josefh Lister à necessidade de elevar a temperatura acima dos 100 C° para assegurar a esterilidade dos materiais cirúrgicos, tornando assim as cirurgias anti-sépticas, dessa forma, percebeu-se a necessidade de pessoas qualificadas para exercerem essas funções, sendo que com os avanços constantes dos conhecimentos, as cirurgias se tornaram assépticas, com a utilização do vapor saturado sob pressão, óxido de etileno e outros métodos modernos para esterilização [(2)]. Com o desenvolvimento tecnológico e as especificidades do centro de materiais, apontam a necessidade do profissional enfermeiro se especializar para coordenar este complexo setor, sendo necessário estar atualizado com as tendências tecnológicas e mercadológicas. O **objetivo** desse trabalho é uma reflexão sobre as perspectivas do Centro de Materiais e Esterilização (CME) nesta era globalizada. **Metodologia:** Trata-se de uma reflexão embasada na prática, relacionando com a literatura**.** Realizada em janeiro, fevereiro e março de 2011 no Centro de Materiais e Esterilização (CME) do Hospital Universitário de Santa Maria no município de Santa Maria no Rio Grande do Sul (HUSM). Este serviço conta com uma equipe, composta por cinco Enfermeiros, oito Técnicos de Enfermagem, oito Auxiliares de enfermagem, três Auxiliares de Saúde e seis Laboratoristas de área que são distribuidos entre os turnos diurno e noturno. Está dividido em sete áreas com fluxo direcional de materiais, evitando dessa forma o cruzamento de

materiais sujos e não estéril com materiais limpos e esterilizados, classificando em: área I – recepção e preparo de roupas e pacotes cirúrgicos como campos, laps , aventais, compresas, entre outros; área II – recebimento de materiais sujos das unidades e do centro cirúrgico, possuindo uma lavadora ultra sônica e uma termodesinfectadora; área III- inspeção, preparo e montagen de caixas com materiais cirúrgicos; área IV- preparo de materiais para estoque e selagem em grau cirúrgico de materiais diversos; área V- esterilização, possuindo duas autoclaves; área VI – entrega de materiais esterilizados para as unidades consumidoras; área VII – armazenagem e atendimento ao centro cirúrgico. **Discussões:** Para a Enfermagem o seu objeto de trabalho é o cuidado ao cliente. Em um CME podemos configurar o seu objeto nos artigos e instrumentos processados, fornecendo os artigos em condições seguras para seu uso nas unidades consumidoras, dessa forma promove um cuidado indireto, por instrumentalizar o cuidado direto realizado por outros profissionais de saúde [(5)]. Apesar de ser uma unidade complexa e fundamental para a instituição de saúde, alguns aspectos contribuem para uma certa invisibilidade do CME, como a pouca ênfase dada pela academia à área; não ser um cuidado direto ao cliente, possuir certa semelhança com o trabalho doméstico, geralmente está localizado em espaços não muito visíveis, local onde se lida com dejetos, sujeiras, resíduos, secreções, odores[(3)]. Como minimizar essa invisibilidade? Com ações que reflitam o verdadeiro papel do enfermeiro no CME, não apenas reproduzindo um modelo já estabelecido de economia dentro de uma instituição, mas sim em busca de conhecimento técnico científico e socializar esses conhecimentos por meio de publicações e apresentações em eventos da área da saúde, ou seja, um transformador. Atualmente, com envelhecimento da população, inovações tecnológicas constantes e de alto custo, alteração no perfil epidemiológico, prevalências de moléstias crônicas degenerativas e traumas, elevaram muito o custo da saúde; frente a este cenário vivemos uma realidade de reduzir os gastos e otimizar os recursos mantendo a qualidade dos serviços prestados; entretanto, o gerenciamento de custos e a otimização dos recursos são necessários para manter o equilíbrio financeiro e a qualidade sem causar prejuízo ao cliente [(1)]. Em relação à Educação Continuada é um desafio para o enfermeiro promover espaços e modos de pensar inteligentes e criativos. O CME por seu contexto hospitalar necessita de funcionários capacitados para exercerem suas funções, o serviço de Educação Continuada é uma das formas de proporcionar a atualização de conhecimentos técnicos e científicos; o enfermeiro é um educador, suas ações envolvem ensino e pesquisa, cabendo-lhe a responsabilidade de estar à frente de programas de Educação Continuada por ser um importante caminho para aprendizado; com a percepção que a Educação Continuada não é a simples transmissão de um saber sistematizado, mas que desperte no funcionário a motivação, a reflexão e dessa forma esse saber sejam vivenciado na sua prática profissional [(4)]. É importante o enfermeiro gerente perceber o cenário em que estão inseridos os profissionais da enfermagem, sendo que a sobrecarga poderá levar ao absenteísmo, considerando também que o CME por sua especificidade é um local com fortes ruídos, vibração e choques térmicos, possibilitando um desgaste físico maior. **Conclusões:** O desenvolvimento tecnológico e as especificidades que cercam o Centro de Materiais e Esterilização apontam a necessidade do profissional enfermeiro se especializar. Gerenciar o Centro de Materiais e Esterilização é um grande desafio frente a inúmeras questões como gestão de pessoal, a alta demanda, redução de custos, invisibilidade sobre o seu trabalho e também fatores ecológicos como a diminuição de resíduos, reflexo da "tecnocracia e consumocracia'' em que vivemos. Assim como estar atualizado com as tendências tecnológicas e mercadológicas, fazer da educação continuada uma rotina, assumindo o seu papel como educador e socializar esses conhecimentos por meio de publicações e apresentações em eventos da área da saúde. Entretanto pela sua especificidade entrelaçado com as inovações tecnológicas, percebe-se o Centro de Material e Esterilização com uma perspectiva crescente e grau

de importância estratégica sem precedentes nas instituições de saúde, inserido definitivamente nesta era globalizada.

Referências

1. Dalora, Maria Eulália L.V., Forter,Aldaisa C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **MEDICINA RIBEIRAO PRETO 2008**: 41(2):135-42,abril/jun.

2. Possari, J.F. **Centro de Material e Esterilização Planejamento e Gestão**. São Paulo-SP. Látria, 2003

3. Machado, R, R,; Gelbcke, F. L.. Que brumas impedem a visibilização do Centro de Material e Esterilização?**Texto contexto-enferm**. vol.18 no.2 Florianópolis Apr./June 2009 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200019 acesso em 15/02/11

4. Souza, M.C.B,; Ceribelli, M.I.P.Enfermagem no centro de material esterilizado-a prática da educação continuada.**Rev.Latino-Am.Enfermagem**vol.12 no.5 Ribeirão Preto Sept./Oct. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000500010&script=sci_arttext&tlng=pt acesso em 10/02/11

5. Taube, S.A.M.; Zagonel, I.P.S.; Méier, M.J. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na central de materiais e esterilização. **Cogitare Enferm** Curitiba: Funpar, 2005 mai/ago; 10(2):76-83.disponível em http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5013/3789. acesso em 15/02/11

144 UMA REFLEXÃO SOBRE O GERENCIAMENTO EM ENFERMAGEM

MOTA, Luana Anhaia
(Acadêmica da 7ª série do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS. E-mail: lmanhaia@hotmail.com)

PACHECO, Kátia Cilene Ferreira
(Acadêmica da 7ª série do Curso de Enfermagem, Bolsista PET-PISC 2010, Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS)

FETTERMANN, Fernanda Almeida
(Acadêmica da 7ª série do Curso de Enfermagem, Bolsista PET-PISC 2010, Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS)

DALMOLIN, Graziele de Lima
(Docente do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS)

Descritores: Gerenciamento, enfermagem, administração

Introdução: A partir de um estudo desenvolvido na disciplina de abordagens administrativas do setor saúde e enfermagem, sobre as principais teorias da administração, realizamos uma reflexão crítica sobre o Gerenciamento em Enfermagem, pois se percebe que os profissionais enfermeiros estão desenvolvendo continuamente atividades de características gerenciais, para as quais parecem não estarem preparados de maneira adequada, pois sua formação acadêmica muitas vezes pode estar alicerçada em modelos de ensino que não enfocam essa temática suficientemente. A competência para gerenciar está descrito na lei do exercício profissional do enfermeiro. De acordo com a lei nº7498/86 Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: I - privativamente: a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem; embora esteja descrito em lei não é garantia de efetividade ou que este tenha autonomia para desempenhar a função de gerente, é necessário unir o conhecimento científico à capacidade de elaborar estratégias de acordo com a realidade vivenciada e assim somar atitudes positivas, sendo que este esforço dos profissionais é que resultará em um trabalho efetivo e de qualidade. Jorge, Freitas, Nobrega, Queiroz (2007), definem que o termo gerenciar é entendido como ações de organização de um grupo na busca pela melhoria do trabalho, resultando na melhor qualidade do atendimento. Essa postura vem sendo assumida pela enfermagem ao longo do tempo, visando corresponder às novas tendências do mercado de trabalho no campo da saúde, porém sem deixar de lado o objeto de seu trabalho, o cuidado. O autor afirma ainda, que o profissional enfermeiro deve ter bem desenvolvido a técnica, o que vai lhe garante o bom desempenho de suas funções no que diz respeito ao cuidado, porém necessita fazer uso da inteligência emocional. Acredita-se que se ele for capaz de unir ambos os requisitos, estará desta forma mais preparado para enfrentar qualquer situação adversa. Para implementar novas estratégias no campo da enfermagem, a formação acadêmica deverá possibilitar ao futuro profissional enfermeiro um campo de reflexão a respeito do gerenciar em sua profissão, pois é desta forma que o enfermeiro estará preparado para a demanda de um mercado que vem se atualizando rapidamente pelo uso de novas tecnologias. **Objetivo**: Este trabalho apresentou como objetivo geral realizar uma

reflexão sobre os aspectos gerenciais na enfermagem e os modelos de ensino usados durante a formação acadêmica, articulando essas duas questões às principais teorias administrativas, clarificando conceitos como de gerenciamento e administração na enfermagem. **Metodologia**: Esse estudo foi desenvolvido a partir de uma proposta na disciplina "Abordagens administrativas do setor saúde e enfermagem", cursada no 6º semestre do currículo do curso de Enfermagem. Compreendendo reflexão como o ato ou processo pelo qual o homem considera suas próprias ações, sendo determinado como conhecimento que o intelecto tem de si mesmo, como consciência e como abstração, esse estudo trata de uma tomada de consciência e análise dos fundamentos relacionados ao gerenciamento em enfermagem (ABBAGNANO, 2007). Inicialmente escolheu-se um artigo que serviu como base dessa reflexão, intitulado "Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros(2000-2004).". Esse estudo foi analisado e a partir disso retomado alguns conceitos, articulando-os com as teorias administrativas e outras publicações condizentes. **Resultados**: "Após análise do referido artigo, constatou-se que o mesmo apresenta três eixos temáticos: 1º "O termo gerenciamento é entendido como ações de um grupo na busca pela melhoria do trabalho"; 2º"O termo gerenciar difere do termo administrar, pois o gerenciamento tem a característica de englobar um grupo de pessoas em torno de um objetivo" 3º"Há uma necessidade urgente de mudança no que diz respeito ao gerenciamento". Com a análise das teorias administrativas e a discussão de outros autores, percebeu-se que o primeiro eixo resulta na melhor qualidade do atendimento. Postura essa que vem sendo assumida pela enfermagem ao longo do tempo, visando corresponder às novas tendências do mercado de trabalho no campo da saúde, porém sem deixar de lado o objeto de seu trabalho, o cuidado. O segundo eixo mostra muitas vezes que a dificuldade do enfermeiro em gerenciar está alicerçada na sua formação, pois identificou-se que a formação acadêmica deixa várias lacunas referente às abordagens administrativas, pois modelos como de Taylor, Weber, Fayol atendem as necessidades da administração até certo momento, porém com a nova demanda de trabalho no que se refere à enfermagem essas teorias não correspondem ao que se necessita na prática, pois o conhecimento anda de mãos dadas com a tecnologia. E, no terceiro Junior,Pereira,Souza,Rennó,Caetano,Portilho,Rocha (2009), afirma que a gestão participativa surge como um avanço da concepção mecanicista em direção às propostas das organizações flexíveis: unindo a racionalização da produção capitalista (de acordo com as Teorias Clássicas) com as sugestões dadas pelos trabalhadores (criatividade e produção intelectual humana). Esta participatividade pode ser trabalhada em espaços como reuniões colegiadas, onde todos envolvidos no processo expõem e compartilham seu ponto de vista, anseios e experiências. **Conclusões**: As linhas que se referem ao gerenciamento estão tomando um novo rumo, e dessa forma exigem profissionais capacitados para trabalhar em qualquer ambiente ou enfrentar qualquer situação. Portanto o enfermeiro da atualidade deve ter competências técnicas para garantir que o cuidado seja prestado de uma maneira segura, mas deve ter ainda criatividade, autonomia, dinamismo, e uma postura crítica, que lhe permita um bom desempenho na função de gerenciador. Para que tudo isso funcione, acreditamos que a formação acadêmica é a chave para moldar um bom profissional, e para tanto é necessário que a academia proporcione uma educação de qualidade, que permita ao graduando questionar-se sobre as situações vivenciadas, e elaborar meios de trabalhar as dificuldades da melhor forma possível. Dessa forma teremos um profissional capaz de posicionar-se frente a sua equipe, a gestão e a outros profissionais, defendendo o saber e o fazer em enfermagem com a convicção e coerência.

Referências

1.COREN-RS, Bases Legais para o exercício da Enfermagem. Lei nº7498/86. Rio Grande do Sul – RS, Disponível em www.portal**coren-rs**.gov.br/web/legislacao/docs_oficiais.doc.. Acesso em 05 de maio de 2011.

2. ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5ªed. – São Paulo: Martins Fontes, 2007.

3. JUNIOR, Adelson Barbosa Souza;PEREIRA, Camila Mônica;SOUZA,Felipe Gonçalves de; RENNÓ,Henrique Cabral;CAETANO, Natalia Louisiana Jéssica;PORTILHO,Marco Moreno Nascimento;ROCHA, Nathalia dos Santos - **Teorias administrativas: a evolução em decorrência das necessidades.** Disponível em www.administradores.com.br**.**

4. JORGE, Bessa Salete Maria; FREITAS, Consuelo Helena Aires de; NOBREGA, Maria Fatima Bastos; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira.Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros(2000-2004). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.01, p. 81-86, 2007.

145 COMUNICAÇÃO EFETIVA: UMA DAS METAS PARA ESTABELECER A SEGURANÇA DO PACIENTE.

WEIS, Paola Souza Castro
(Acadêmica de Enfermagem/ FISMA. E-mail: paola.sc@gmail.com)

SILVA, Rosângela Marion da
(Enfermeira do HUSM, Doutoranda em Enfermagem)

MORAIS, Karen Cristiane Pereira de
(Acadêmica de Enfermagem/ FISMA)

SCHMIDT, Sandra Marcia Soares
(Enfermeira do HUSM, Doutora em Enfermagem)

NOAL, Helena Carolina
(Enfermeira do HUSM, Mestre em Enfermagem)

GUERRA, Leonardo Rigo
(Acadêmico de enfermagem/ FISMA)

Descritores: Comunicação em saúde; Enfermagem; Gerenciamento de segurança.

Introdução: Segurança do paciente, conforme a Classificação Internacional para Segurança do Paciente (ICPS) da Organização Mundial da Saúde (OMS), pode ser toda redução no risco de danos desnecessários associados ao cuidado em saúde. A preocupação com a segurança do paciente pode ser observada desde a evolução da sociedade. Florence Nightingale já mencionava que o primeiro dever de um hospital era não causar mal ao paciente. Frente a esse contexto, o tema segurança do paciente tornou-se prioridade internacional e foi em 2004 que a OMS criou a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, a qual objetiva o desenvolvimento de práticas e de políticas de segurança do paciente (PEDREIRA e HARADA, 2009). Essas práticas resultaram em Metas Internacionais de Segurança do Paciente que são soluções que têm como objetivo a promoção de melhorias específicas em áreas problemáticas na assistência. São seis as metas propostas pela *Joint Commission*: Meta nº 1- Identificação correta dos pacientes; Meta nº 2- Comunicação efetiva; Meta nº 3- Segurança dos medicamentos de alta vigilância; Meta nº 4- Cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos; Meta nº 5- Redução do risco de infecção associado aos cuidados de saúde; Meta nº 6- Redução do risco de lesões ao paciente em decorrência de queda. Em se tratando da meta "comunicação", essa precisa ser efetiva entre todos os envolvidos no processo de cuidado ao paciente de modo a promover assistência segura. **Objetivo:** identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre os indicadores relacionados à segurança do paciente, em particular a comunicação efetiva. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa com delineamento descritivo-exploratório que foi realizada em um Hospital Universitário com pacientes internados no Serviço de Nefrologia. Esse serviço possui 6 leitos de internação mais serviço de hemodiálise para pacientes internados que iniciam tratamento. A equipe de enfermagem é composta por 3 enfermeiros, 5 Técnicos de enfermagem e 6 Auxiliares de enfermagem totalizando 14 trabalhadores conforme dados fornecidos pelo setor de recursos humanos da instituição. Para este estudo foram delineados como critérios de inclusão: ser trabalhador com Regime Jurídico Único e aceitar

participar do estudo. Foram excluídos aqueles que estavam em licença de qualquer natureza. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário com questões fechadas, sendo 21 questões sobre algumas situações descritas na literatura relacionados à segurança do paciente baseado nas metas internacionais. Destas, cinco são questões relacionadas à comunicação no serviço. O referido questionário possibilitou que a equipe de enfermagem classificasse cada situação como estar ou não relacionada com a segurança do paciente, ou se aquela situação é desconhecida. Após a explicação sobre os objetivos da pesquisa, os questionários foram entregues individualmente em cada turno de trabalho mediante o consentimento do pesquisado sobre a participação voluntária, o que ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 196/96. Foi agendada uma data para recolhê-los. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva simples, utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas. Para tanto, foi elaborado um banco de dados, utilizando-se planilhas eletrônicas. Salienta-se que o projeto recebeu aprovação do CAAE sob número 0383.0.243.000-10 e número do processo: 23081.020340/2010-80 em janeiro de 2011. **Resultados:** Houve adesão de 100% dos trabalhadores de enfermagem da unidade pesquisada. Sobre o conhecimento das situações relacionadas à segurança do paciente baseada na comunicação, 100% dos trabalhadores entendem que o momento da passagem do plantão, a falta de clareza nos registros de enfermagem, nos prontuários e prescrições dos profissionais bem como a desvalorização da passagem do plantão são situações que abordam a comunicação e que estão relacionadas à segurança do paciente. A comunicação é considerada um processo recíproco, uma força dinâmica capaz de interferir nas relações, facilitar e promover o desenvolvimento e o amadurecimento das pessoas e influenciar comportamentos; além disso, pode ser do tipo verbal, não verbal, escrita, telefônica, eletrônica, entre outras, sendo fundamental que ocorra de forma adequada permitindo o entendimento entre as pessoas (REBRAENSP, 2010). No entanto, 7,14% desconhece que a situação relacionada à ausência não prevista de colegas e o atraso de colegas na recepção do plantão são situações relacionadas à segurança do paciente. A passagem do plantão é o momento em que são comunicadas as condições do paciente, os procedimentos realizados a previsão e/ou o resultado de exames, as recomendações sobre os cuidados e as alterações. A desvalorização desse momento ou a ausência de participação compromete a qualidade do atendimento e a segurança do paciente. Outro fator que pode comprometer a segurança do paciente é a falta de clareza, prescrições incompletas, ilegíveis, incorretas, rasuradas nos registros/prontuários e prescrições dos profissionais, situações que confundem equipes de enfermagem e da farmácia. Os registros de enfermagem e médicos necessitam de especial atenção no que se refere à clareza na escrita, necessidade de informar horário e data antes do início do registro da informação, a utilização de abreviaturas e siglas não padronizadas, registros de forma incompleta e ausência de identificação no final de cada ação realizada pelos profissionais, considerados elementos importantes na assistência segura. Salienta-se que a prescrição verbal ou por via telefone só poderá ocorrer em situações de emergência e esta precisa ser claramente compreendida por quem a realizará. A comunicação via telefônica, que ocorre também em situação de transferência de paciente, chamada para realização de cirurgia ou exame merece especial destaque e atenção da equipe. Comunicação adequada, para Silva (2006), é aquela que atua na tentativa de minimizar conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes, sendo tarefa do profissional da saúde decodificar, decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades. A segurança do paciente é reconhecida como elemento importantíssimo na qualidade em saúde, sendo fundamental o envolvimento de gestores e de todos os profissionais envolvidos para que busquem qualidade nos processos de trabalho. **Considerações:** o estudo realizado com trabalhadores de

enfermagem em nefrologia identificou a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre os indicadores relacionados à comunicação efetiva. Esse dado sugere que os trabalhadores podem estar sensibilizados para essa questão. No entanto, foi observado pequeno percentual que desconhece algumas situações relacionadas à segurança do paciente. A partir desse dado, será necessária a divulgação dos resultados para os gestores da instituição, em especial a Direção de Enfermagem e para o Núcleo de Educação Permanente em Saúde no intuito de planejar momentos de sensibilização dos trabalhadores para a segurança dos pacientes. Como limitações deste estudo, destaca-se a ausência de instrumentos específicos e a carência de estudos sobre a segurança do paciente, área de investigação relativamente nova. A segurança do paciente é uma questão ampla, multidisciplinar e pressupõe engajamento de profissionais de saúde, de pacientes, de instituições, de gestores, dos governos e de empresas do ramo da saúde de forma integrada. É fundamental que essa temática sensibilize a todos a fim de que mudanças promovam os avanços, o que poderá sugerir cuidado seguro.

Referências

PEDREIRA, M.L.G. Enfermagem para a segurança do paciente. **Acta Paul Enferm**.; v. 22, n. 4: 2009, p. V-VI.

REBRAENSP. **10 passos para a segurança do paciente**. Conselho Regional do Estado de São Paulo. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente. São Paulo, 2010.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4.ed. São Paulo: Loyola; 2006.

146 A IMPORTÂNCIA DA CONSULTA PUERPERAL NO PERÍODO PÓS-PARTO

PEZ, Ana Paula Zimmer
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Email: paulinhapez@hotmail.com)

RAMOS, Aline Krüger
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

SALBEGO, Laurem Paz
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

PRATES, Lisie Alende
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

OLIVEIRA, Mariane Amâncio de
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

LIPINSKI, Jussara Mendes
(Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Descritores: Unidade Básica de Saúde. Puerpério. Saúde da mulher. Enfermagem.

Introdução: Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores[(2)]. Entre as ações preconizadas pelo Programa encontra-se a consulta puerperal. **Objetivos:** Apresentar as experiências acerca da consulta puerperal dentro dos serviços de saúde do município de Uruguaiana/RS. **Metodologia:** Consiste no relato de experiência decorrente da participação no projeto de pesquisa "Perfil da Atenção Materno-Infantil no município de Uruguaiana" e em atividades práticas de disciplinas do Curso de Enfermagem, onde verificamos que a consulta puerperal, que deveria dar-se como a conclusão da assistência à mulher no período gestacional apresentava baixíssima adesão nas Unidades Básicas de Saúde. Além disso, observamos que muitas usuárias gostariam de realizar apenas uma ou outra consulta durante o período do pré-natal, e depois só desejavam procurar o serviço de saúde próximo ao parto, ou até mesmo, em trabalho de parto. No entanto, salienta-se que a consulta puerperal é um momento muito importante para a saúde da mulher. É o momento em que desvinculam-se a saúde da mãe da saúde do recém-nascido. Para tanto, ressalta-se que a assistência à puérpera é tão importante quanto a assistência durante o pré-natal[(1)].O seguimento clínico após a gestação é imperativo por diferentes razões, como o estabelecimento de condutas para garantir o adequado intervalo interpartal, que protege a mulher e melhora os resultados perinatais, com a orientação para a introdução de método contraceptivo, assim como avaliação que permita detectar importantes alterações como a anemia e os estados depressivos[(2)]. Além disso, sabe-se que "no período de pós-parto a mulher depara-se com novos desafios a serem enfrentados, ou seja, cuidar de si e do bebê, necessitando do apoio de profissionais capacitados para auxiliarem e orientarem suas dúvidas, seus medos e anseios. Dentre esses estão os traumas mamilares, a crendice do leite fraco, pega incorreta do bebê, involução

uterina e dieta pós-parto"[3]. **Resultados:** Observa-se que "os serviços de saúde reconhecem a consulta puerperal como necessária, mas admitem a ausência de estratégias para a sua realização"[2]. E ainda afirmam que há outra justificativa para baixa frequência de realização da consulta puerperal: "a alegação mais comum é de que "as mulheres não voltam". Entretanto é possível afirmar que "sim, as mulheres voltam aos serviços", como atestam os dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), mostrando que os recém-nascidos vão aos Postos de Saúde para serem vacinados e geralmente vão com suas mães"[2]. O que indica, portanto, a importância de se trabalharem estratégias para que ocorram as consultas de puérperio, percebendo também a mulher e não apenas o recém-nascido. Uma vez que muitos serviços de saúde insistem em apenas dirigir suas ações de saúde para o recém-nascido, desassistindo a mulher ou deixando-a em "segundo plano" nesse contexto. Quanto às mulheres, àquelas que acreditam que toda a preocupação deva ser voltada em torno do cuidado do recém-nascido, não estão suficientemente informadas sobre a consulta puerperal. E é o que verificamos na prática; elas não sabem explicar satisfatoriamente o motivo do retorno à Unidade Básica de Saúde após o nascimento da criança. Mesmo às que compreendem a importância de realização da consulta puerperal, devem estar cientes que esta consulta não consiste apenas no momento em que o profissional deve examiná-la e/ou receitar remédios; pois o período pós-parto consiste na fase em que a mulher tem necessidades tanto físicas quanto psicossociais. Em relação a isso, muitos profissionais da área de saúde desconsideram a importância deste momento para construir, junto às puérperas, uma concepção de saúde, de educação para saúde, de hábitos e ações saudáveis[1]. No entanto, este é o momento ideal para que a usuária manifeste suas dúvidas e esclareça equívocos, assim como também crie vínculo com o profissional, fortalecendo o acolhimento e melhorando a qualidade das consultas. Os profissionais de saúde devem visualizar essa ocasião como uma oportunidade propícia para a realização de ações preventivas associadas à saúde da mulher e da criança, assim como para a educação da puérpera. Pois não é suficiente informar, é preciso construir junto às puérperas e sua família uma concepção de educação para saúde. É preciso elaborar e implementar um plano de educação em saúde, fundamentado nas reais dúvidas das puérperas, considerando o meio na qual elas estão inseridas[1]. Em suma, "a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal"[4]. Com isso, a consulta puerperal assume a importância de avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido, orientar e apoiar à amamentação, avaliar a interação mãe-bebê, identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las, orientar acerca do planejamento familiar, complementar ou realizar ações não executadas durante o pré-natal e, ainda, orientar sobre os cuidados básicos com o recém-nascido[4]. **Conclusões:** Tendo em vista a importância da consulta puerperal para a saúde da mulher e do recém-nascido, há de se reestruturar a metodologia assistencial de modo a considerar a história e o estilo de vida da mulher, tipo de parto, aleitamento materno, cuidados com o bebê, cuidados com o corpo, sexualidade, atividades físicas, relação mãe filho-família, dentre outros[1], procurando atender suas necessidades, respeitando seus valores, crenças e tradições. Além disso, o profissional ao valorizar o conhecimento da usuária acerca do puérperio, amamentação e cuidados com o recém-nascido, pode compreender as vivências das usuárias e entender os sentimentos contraditórios, os diferentes valores e os conhecimentos que as cercam[5]. Através dessa forma de atuação, o profissional é capaz, portanto, de se aproximar da usuária, permitindo, com isso, uma melhor comunicação e estabelecimento de vínculos, aspectos tão fundamentais na interação profissional-paciente. Entende-se que o profissional deve dedicar-se a escutar as demandas da puérpera, deve ser capaz de transmitir apoio e confiança necessários para a boa condução do puérperio, e por fim, deve compartilhar seus conhecimentos ao mesmo tempo em que favorece a autonomia das usuárias no autocuidado e no cuidado com o recém-nascido, criando um ambiente acolhedor para assisti-las; e

garantindo, com isso, um puerpério saudável e a diminuição do índice de morbimortalidade puerperal.

Referências

1. Centa ML, Oberhofer PR, Chammas J. Puérpera vivenciando a consulta de retorno e as orientações recebidas sobre o puérperio. Família, Saúde e Desenvenvolvimento, v. 4, n. 1, p. 16-22, 2002.

2. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. ***Revista Brasileira*** de ***Saúde*** Materno-***Infantil***, v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

3. Ravelli APX. Consulta puerperal de enfermagem: uma realidade na cidade de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 29, n. 1, p. 54-59, 2008.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília. Ministério da Saúde. 2005.

5. Barbosa MARS, Teixeira NZF, Pereira WR. Consulta de enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. Acta Paulista de Enfermagem, v. 20, n. 2, p. 226-229, 2007.

147 PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE QUE ATENDEM AS USUÁRIAS NO PRÉ-NATAL E PUÉRPERIO

OLIVEIRA, Mariane Amâncio de
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Email: nani_6n@hotmail.com)

PEZ, Ana Paula Zimmer
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

SALBEGO, Laurem Paz
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

PRATES, Lisie Alende
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

DORNELLES, Rochele Santana
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

LIPINSKI, Jussara Mendes
(Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Descritores: Profissional da Saúde. Assistência pré-natal. Período pós-parto. Unidade Básica de Saúde. Enfermagem.

Introdução: A assistência e o cuidado à mulher e à criança tem sido há muito tempo tema de discussões. Os indicadores de saúde revelam índices preocupantes nos coeficientes de mortalidades envolvendo esse grupo, o que demonstra a necessidade de uma atenção especial à saúde materno-infantil. Quando se fala em promoção da saúde, muitas estratégias tem sido propostas para que essa parcela da população possa ter bons resultados no decorrer de seu desenvolvimento. Dentre vários aspectos, destacam-se o cuidado à mulher na gestação, parto e puerpério, além do recém-nascido e da criança. No Brasil, a atenção à mulher durante a gestação e/ou parto ainda permanecem como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto nos princípios filosóficos em torno do cuidado, o qual ainda está centrado em um modelo medicalizante e hospitalocêntrico (SERRUYA, CECATTI, LAGO, 2004). Para tanto, percebe-se a necessidade de inserção, atuação e qualificação mais efetiva dos profissionais que atendem às mulheres e crianças, pois muitos destes, mesmo atuando há muito tempo no atendimento a essa população, seja na assistência hospitalar ou na rede básica de saúde, ainda carecem de informações que possam pautar um novo modo de atendimento, o qual possibilite a inserção das usuárias nos processos decisórios em relação à saúde e ao aleitamento materno, reconhecendo os seus direitos de acesso efetivo a uma assistência de qualidade. **Objetivos:** Apresentar as experiências acerca da consulta puerperal dentro dos serviços de saúde do município de Uruguaiana/RS. **Metodologia:** Consiste, portanto, no relato de experiência vivenciado a partir do projeto de pesquisa "Perfil da Atenção Materno-Infantil no município de Uruguaiana". Este projeto foi desenvolvido por acadêmicas do Curso de Enfermagem, durante o ano de 2010, no município de Uruguaiana/RS e se propôs a trabalhar com usuárias da assistência pré-natal e dos serviços de puericultura, buscando conhecer se as ações propostas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) tem sido realizadas na rede básica de

saúde. **Resultados:** Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência"; no ano de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tinha como elementos estruturadores os direitos reprodutivos e a perspectiva da humanização, visando a redução das taxas de mortalidade materna e neonatal. Através do PHPN, os municípios adotariam medidas que garantissem o acesso e a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e da assistência neonatal. O Programa prevê como ações essenciais: a captação precoce das gestantes, de modo que a primeira consulta pré-natal ocorra até o quarto mês de gestação; a realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal; aplicação da dose imunizante da vacina antitetânica (segunda dose) ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; realização dos exames laboratoriais, definidos como básicos: tipagem sanguínea e fator Rh, VDRL, sumário de urina, glicemia, hematócrito, hemoglobina e testagem anti-HIV. Além das seis consultas de acompanhamento pré-natal, o programa também estabelecia a importância da consulta puerperal, como critério indispensável no conjunto da assistência. Para atingir o objetivo, identificar se as ações propostas pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) estão sendo oferecidas às mulheres no pré-natal, parto e puerpério, utilizou-se combinação de métodos qualitativo e quantitativo, seguindo os pressupostos de Minayo; tendo-se como população-alvo usuárias que procurassem atendimento nos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde, durante o período de realização da pesquisa, a qual se deu após a aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade. Para análise dos dados obtidos na coleta de dados, utilizou-se a análise de conteúdo do tipo temática. Desta, emergiu a categoria "Profissionais dos serviços de saúde que atendem as usuárias no pré-natal e puérperio", visto que embora o estudo focasse nas usuárias (gestantes e/ou puérperas), antes de iniciar a coleta de dados entramos em contato com os profissionais. Estes, ao serem informados dos objetivos e justificativas para o projeto, manifestaram suas percepções sobre a temática, as quais também foram consideradas no estudo. Com isso, sabe-se que as ações de saúde desenvolvidas durante a atenção ao pré-natal devem dar cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Seus objetivos são de prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas fetais, bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido. Destaca-se, ainda, a importância de oferecer apoio emocional e psicológico ao companheiro e a família, para que estes também estejam envolvidos com o processo de gestar, parir e nascer. Para tanto, é indispensável o envolvimento do profissional de saúde que atende a mulher nesse período. Assim como diversas foram as queixas das usuárias em relação à assistência de saúde, os profissionais também manifestaram muitas reclamações referentes à atitudes, comportamentos e percepções de gestantes e puérperas frente ao pré-natal e puérperio. Eles mencionam que elas não realizam todas consultas de pré-natal, tampouco a consulta puerperal; também referem que não participam dos grupos de gestantes organizados para troca de experiências entre usuárias e profissionais. No entanto, é importante lembrar o compromisso assumido pelo enfermeiro frente a prática profissional, pois não parece-nos adequado apenas a conformidade com a não adesão das usuárias do serviço as ações oferecidas, mas cabe a este buscar as formas de tornar tais ações necessárias e importantes. Também há de se pensar nas atividades educativas que vem sendo utilizadas atualmente nos serviços de saúde. Visto que as ações educativas, entendida como àquelas que incluem orientações sobre planejamento familiar e cuidados com o recém-nascido que abrange a prática e amamentação, pautam-se no modelo tradicional de transmissão das informações, na qual a mulher é colocada em uma posição passiva, que impede exploração dos seus conhecimentos prévios, conseqüentemente negociação dos cuidados requeridos. **Conclusões:** Com isso, ressaltamos que embora a gravidez

seja um evento biologicamente normal, é um acontecimento especial na vida de uma mulher e, como tal, exige algumas adaptações especiais para a promoção da saúde dela e do bebê. Os profissionais de saúde devem encarar essa ocasião como uma ótima oportunidade para a manutenção preventiva da saúde e para a educação da cliente. Com frequência, a mulher só faz exames físicos completos ou anamnese durante a infância, época esta em que ela realiza a maior parte das consultas médicas e de enfermagem. Já na fase adulta, a mesma não procura mais os serviços de saúde com a mesma assiduidade que o fazia anteriormente. Com a ocorrência da gravidez, ela passa, então, a retornar ao atendimento de saúde e neste momento são feitos novamente a anamnese e os exames físicos completos. É neste momento, também, que podem ser dadas as orientações básicas de saúde. Por isso, a importância das orientações no período gravídico-puerperal, já que as mulheres geralmente carregam informações obsoletas e carecem de orientações mais atuais e embasadas cientificamente. Ademais, usualmente existe necessidade de instrução e aconselhamento em muitas áreas relacionadas com a saúde, tais como a gravidez, a nutrição, a sexualidade e as relações familiares. Salientando que os objetivos da atenção pré-natal e puerperal, encontram-se na escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas. Nesse contexto, observamos que as consultas no pré-natal e puérperio não são vivenciadas positivamente, embora deseje-se que as estas consultas, principalmente a consulta de enfermagem, representem um espaço de acolhimento que possibilitasse o diálogo, a livre expressão de dúvidas, de sentimentos, e de experiências, possibilitando, com isso, o vínculo entre a enfermeira e a gestante. Compreendendo as inúmeras dificuldades e desafios que se colocam no atendimento à saúde, espera-se que as informações obtidas no estudo sirvam de estímulo às equipes de saúde para o desenvolvimento de iniciativas de melhoria de qualidade das condições que resultem em indicadores satisfatórios.

Referências

MINAYO MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo. Hucitec, 2007.

SERRUYA SJ, CECATTI JG, LAGO TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cadernos de Saúde Pública, vol.20, n.5, p. 1281-1289, 2004.

SPINDOLA T, PENNA LHG, PROGIANTI JM. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, n. 3, p. 381-388, 2006.

TEIXEIRA SVB, ROCHA CR, MORAES DSD, MARQUES DM, VILLAR ASE. Educação em saúde: a influência do perfil sócio-econômico-cultural das gestantes. Revista de Enfermagem da UFPE Online, v. 4, n. 1, p. 128-136, jan./mar. 2010.

XIMENES NETO FRG, LEITE JL, FULY PSC, CUNHA ICKO, CLEMENTE AS, DIAS MAS, PONTES MAC. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, set./out. 2008.

148 FORMAÇÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DE NOVAS VIVÊNCIAS – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SCHRADER, Greice
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - UFPel, bolsista do PET SAÚDE. E-mail: greice.schrader@hotmail.com)

FERRAZZA, Anielle
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFPel, bolsista do PET SAÚDE)

PALAGI, Sofia
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFPel, bolsista do PET SAÚDE)

VIANA, Luisa A.
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFPel)

GALARRAGA, Sarine F.
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFPel, voluntária do PET SAÚDE)

PEREIRA, Denise B.
(Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família/ Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Pelotas/RS. Preceptora do Projeto PET-SAÚDE)

Descritores: Educação em Enfermagem; equipe interdisciplinar em saúde; avaliação educacional.

Introdução: É fato que, atualmente, o trabalho em saúde promove processos de subjetivação, situando-se além de práticas e saberes tecnológicos previamente estruturados pelas Universidades. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação não deve tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas sim desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Para um profissional diferenciado e competente, como a sociedade exige, necessita-se de uma ampliação dos conceitos de aprendizagem e uma abordagem diferenciada das reais problemáticas existentes, para que este, ao sair da instituição de ensino, tenha a capacidade de enfrentar as dificuldades que irá encontrar no decorrer de sua vida profissional. Dentro desta perspectiva, Souza(2009), refere que "a formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, pró-ativo, preparado para atuar em equipe e no mercado de trabalho, exige uma série de experiências de ensino e aprendizagem diferenciadas". Assim, os cenários de trabalho no SUS passaram a ser um espaço essencial para a formação deste novo profissional (SOUZA et al., 2009). Neste contexto, o Ministério da Saúde criou e implementou o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET Saúde), que procura envolver os acadêmicos de várias cursos da área da

saúde em todos os aspectos inerentes ao processo de trabalho da equipe, contribuindo para a formação de profissionais de saúde generalistas, críticos, reflexivos, competentes em suas práticas, responsáveis ética e socialmente e preparados para atuar em equipe e no mercado de trabalho (BRASIL, 2007). Este programa, criado em 2008, tem como fio condutor a integração ensino, serviço e comunidade, no intuito de que o aluno transponha os muros da instituição, ampliando e enriquecendo a sua visão sobre a realidade sociopolítica local, por meio da Unidade de Saúde da Família (USF) em que está inserido. Ainda, tem como objetivo geral fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidos aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do SUS (BRASIL, 2010). **Objetivo:** Com base no exposto acima, este trabalho objetiva mostrar a importância da vivência de alunos da graduação no PET Saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciado no ano de 2010, por acadêmicas do sétimo semestre da Faculdade de Enfermagem (FEn) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), pertencentes ao PET Saúde e atuantes nas cinco USF localizadas na periferia da cidade de Pelotas e inseridas no projeto. Ainda, trata sobre a importância da realização de estágios complementares e da participação em projetos disponibilizados pela UFPel, afim de adquirir maior experiência e conhecimentos, que futuramente irão refletir no trabalho deste profissional. **Resultados e discussões:** Incluído no processo de aprendizagem, visando um acréscimo no conhecimento durante a graduação, alguns alunos optam por participar de projetos de extensão e de pesquisa. O PET Saúde é um desses projetos que julgamos importante para nossa formação, quando decidimos integrá-lo. A partir daí, começamos a atuar nas USF inseridas no projeto, acompanhando o trabalho dos respectivos profissionais, no nosso caso os Enfermeiros. Em relação ao desenvolvimento do projeto, é necessário explicitar que cada equipe da USF possui um grupo de cinco acadêmicos por profissional, sendo que nas unidades relatadas tem-se preceptores da enfermagem, medicina, nutrição e odontologia. Dessa forma, os acadêmicos, em seus turnos de estágio, acompanham todas as atividades que o enfermeiro desempenha, desde a realização de procedimentos até o gerenciamento e administração dos serviços, interagindo sempre com a equipe e trabalhando de forma interdisciplinar e multiprofissional, objetivando atender da melhor forma possível as necessidades da comunidade em questão, como refere Ceccim e Feuerwerker (2004), quando afirmam que “a integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial.” Ainda, acredita-se que isso sirva de estímulo à formação de profissionais de saúde com perfil generalista, crítico, reflexivo, competente em sua prática, responsável ética e socialmente, capaz de conhecer e intervir sobre as situações e problemas referentes ao processo saúde-doença prevalentes na região em que vive, tornando-se adequado às necessidades e às políticas públicas de saúde do país. **Considerações finais:** A experiência relatada demonstrou que a vivência dos alunos no PET Saúde contribui na formação destes profissionais, direcionando-os a um desempenho crítico, reflexivo, que de fato pensa e age, se envolve com os problemas dos usuários e busca soluções viáveis dentro das possibilidades da comunidade em que se encontra inserido. Certamente, a experiência do aluno no PET Saúde não é a solução para todos os problemas existentes na formação profissional atual, mas é uma grande possibilidade que contribui no desenvolvimento de um profissional que trabalha em equipe, conquista seu espaço, é peça fundamental dentro dela e atua conforme os moldes do SUS. Acredita-se que todas as características são essenciais para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais de saúde, pois é preciso construir, nos modelos de ensino dos profissionais de saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um pressuposto que precisa ser construído durante toda a formação. Para tanto, a educação precisa ser também

integral e interdisciplinar, com base em referenciais pedagógicos que possibilitem a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano, em toda a sua complexidade.

Referências

CECCIM RB & FEUERWERKER LCM. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** Physis: Rev. de Saúde Coletiva 2004, 14(1):41-65.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde : objetivos, implementação e desenvolvimento potencial** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 86 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) ISBN 978-85-334-1353-5.

BRASIL. Ministério da Saúde**. PET-Saúde: Objetivos, Resultados esperados e Legislação** [on-line], 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1597

SOUZA AC, GAMA C, GONÇALVES MR, PINTO MEB. **Experiência interdisciplinar em equipe multiprofissional na graduação em cenário de atenção primária a saúde – PET- Saúde UFCSPA.** Anais do 4º Congresso Multidisciplinar de Saúde Comunitária do Mercosul. In: 4º Congresso Multidisciplinar de Saúde Comunitária do Mercosul, Gramado-RS, Brasil, 28-30 out., 2009.

149 UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PROBLEMATIZADORA COM PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE URUGUAIANA

PACHECO, Kátia Ferreira
(Acadêmica da 7ª série do Curso de Enfermagem, Bolsista PET-PISC 2010 Universidade Federal do Pampa/Campus Uruguaiana-RS, ka_atia@hotmail.com)

MAESTRI, Eleine
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem, UNIPAMPA, coordenadora do projeto de extensão financiado pela Proext)

SOUZA, Neila Santini de
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Enfermagem, UNIPAMPA, colaboradora do projeto de extensão)

Descritores: Humanização da assistência; Educação continuada; Serviço Hospitalar de Educação.

Introdução: A humanização incita a formação de vínculos solidários de forma coletiva, envolve a valorização dos sujeitos, com vistas a promover a autonomia e atuação destes como corresponsáveis para a identificação das necessidades sociais de saúde, mudanças nos modelos de gestão, melhorias das condições de trabalho e de atendimento. (BRASIL, 2006). Oliveira (2007), ao realizar um estudo sobre a humanização da assistência afirma que esta palavra humanização tem muitos sentidos, sendo que na área de saúde demonstra as diversas iniciativas de um processo de transformação cultural das instituições, valorizando os aspectos subjetivos importantes para se compreender os problemas e articular ações que visam qualidade no atendimento. Destaca-se que usuários, trabalhadores e gestores devem usar suas ações objetivas associadas com o universo subjetivo que acompanha a ocorrência dos fatos, sendo esta a perspectiva que evita as atividades desumanizantes e desumanizada. (NOGUEIRA, 2001). Dessa forma, torna-se indispensável apontar caminhos para uma nova maneira de entender e sentir a realidade, não priorizando apenas tecnicismo, propondo um cuidado humanizado. Venturelli (1997), ao discutir o processo educacional, traz a reflexão de que é necessário trabalhar a educação de maneira que os alunos deixam de ser indivíduos passivos, e que apenas recebem informações. , e Apoiando-se nas afirmações de Freire, afirma ser importante a educação libertadora, ou seja, onde os sujeitos tenham um espaço para refletir, adotando uma postura crítica, apondo-se assim a educação bancária, dominadora. **Objetivos:** O trabalho teve como objetivo desenvolver uma prática educativa com reflexões sobre a Política Nacional de Humanização, usando a metodologia da problematização descrita por Freire (1975); fomentar do a tomada de decisões por parte dos participantes na construção de estratégias para potencializar a humanização nos serviços, e assim promover a subjetividade na relação entre os trabalhadores, profissionais/usuários e acadêmicos da Unipampa. **Metodologia:** O projeto teve início em agosto de 2009, sendo reofertado em março de 2010. Como público-alvo participaram acadêmicos dos cursos de graduação na área da saúde da Unipampa, Campus Uruguaiana, profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana e UNIMED-Fronteira-Oeste. Foram realizadas oficinas, onde através de discussões em grupo problematizando temas relacionados à humanização da assistência pode-se entender a concepção dos participantes acerca do tema, abrindo espaço para o diálogo, a educação e troca de conhecimentos. Freire (1975) propõe a educação de adultos como uma prática de liberdade, onde o ensino através da problematização baseia-se no diálogo entre quem educa e quem é educado. Desta forma, acreditamos que a educação problematizadora proporciona a construção de conhecimentos por meio

da troca de percepções e experiências significativas para o crescimento do sujeito e do grupo no qual esta inserido, garantindo assim a autonomia no processo de construção de um novo saber. Assim, os autores participaram da elaboração e execução das oficinas, sendo apenas mediadores dos debates, responsáveis por introduzir os temas e fomentar a tomada de decisões dos participantes. **Resultados:** Ao término das discussões foram identificados três eixos temáticos. Como primeiro eixo temático, destacou-se "A rotina de trabalho é muito desgastante". O ambiente, seja ele Unidade Básica, Clínica particular ou faculdade, propicia a sobre carga, exigindo muitas vezes respostas imediatas a situações conflitantes. Como segundo eixo temático, destacou-se "Comunicação ineficiente". A comunicação ineficiente foi citada como uma das causas geradoras de problemas dentro dos serviços e da área de formação. Desta forma, o grupo conclui que a comunicação deve ser adequada, de maneira simples e objetiva, tornando as informações eficientes e coesas, diminuindo assim o desgaste das relações durante o dia a dia de trabalho. Como terceiro eixo temático, destacou-se "Falta de educação permanente de qualidade". O grupo argumenta que para que se tenha um trabalhador comprometido com o exercício de sua práxis é necessário lançar mão de alguns incentivos como uma educação permanente de qualidade, contando com um espaço acolhedor e atualizado para a busca de novos conhecimentos. A partir dos eixos temáticos os participantes das oficinas, entendendo serem estas as prioridades para otimizar a humanização nos serviços de saúde, elencaram estratégias afirmando a importância da educação da população quanto a seus direitos e deveres, bem como uma educação permanente efetiva, para todos os trabalhadores da área da saúde, com a implantação de projetos, como uma maneira de envolver vários níveis profissionais através da socialização de idéias, traçando metas que visam a organização dos serviços e a melhoria dos locais de atendimento e das condições de saúde da população, com ampliação de recursos, materiais educativos e de necessidade para o atendimento. **Conclusões:** Compreendemos que para haver humanização nos serviços de saúde é necessário que as partes gestoras estejam abertas a novos conceitos, novas idéias, e que os trabalhadores sejam gratificados por suas boas ideias, se estas forem para a melhora na qualidade dos serviços de saúde. Um ambiente acolhedor, tanto para o usuário, como para o profissional que nele exerce suas funções é fundamental, pois a humanização deve estar presente em todos os âmbitos das instituições, sejam elas públicas ou privadas. A melhoria do serviço deve vir de encontro a estas ações como um reflexo de um ambiente de trabalho que proporcione o desenvolvimento de seus membros, por meio da educação permanente, permitindo ao profissional refletir suas ações, tornando-o crítico de sua prática, recriando e inovando constantemente seu processo de trabalho, convertendo seus questionamentos em práticas diárias mais humanas. A educação em serviço é como uma probabilidade de criação das condições para o desenvolvimento das potencialidades do ser humano, um instrumento tanto para a conquista de habilidades, como para uma adequada problematização da questão, ao possibilitar a criação de fontes alternativas de tomada de consciência pelos indivíduos envolvidos no contexto. Desencadear um processo de humanização nos serviços de saúde não consiste em mágica extraordinária ou no investimento de custos elevados para a instituição. Muito mais do que mudanças e adaptações do ambiente físico, são necessárias mudanças na prática dos profissionais. Finalmente, cabe enfatizar o ser e o fazer profissional is, ressaltando a ética ao respeito e a dignidade da pessoa humana. Todas iniciativas são válidas quando se fala em humanização, desde que haja sensibilização e problematização da realidade concreta, a partir de um espaço interdisciplinar. Concluímos que esta proposta possui espaço e aplicabilidade em diferentes momentos para aprofundamento da temática e que outros cenários podem ser beneficiados. O objetivo proposto inicialmente foi atingido, pois proporcionou momentos de reflexão no processo de trabalho, fomentando a criação de estratégias institucionais a partir de discussões do grupo, para o aprimoramento do atendimento ao usuário com enfoque na humanização.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização-HumanizaSUS: Documento Base Para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.

FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1975.

NOGUEIRA, M.C.F.M.. Humanização das Relações Assistenciais: A Formação do Profissional de Saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

OLIVEIRA, S.G. Humanização da Assistência: Um Estudo de Caso. Revista de Administração em Saúde, v.9, n. 35, abril-junho de 2007.

VENTURELLI, J. Educación médica: Nuevos enfoques, metas e métodos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1997.

150 INSERÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM FÓRUNS DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

FREITAG, Vera Lúcia
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS. Relatora. Bolsista Voluntária.
E-mail: verafreitag@hotmail.com)

MARTINS, Ricardo Vianna
(Prof. Dr. Coordenador do Projeto de Extensão)

DALMOLIN, Indiara Sartori
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS. Autora. Bolsista PEIPSM)

SASSI, Marcelo Machado
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS. Autor. Bolsista PET)

SARZI, Diana Mara
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS. Autora. Bolsista Voluntária)

TISOTT, Zaira
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS. Autora. Bolsista Voluntária)

Descritores: Saúde Mental; Fóruns de Discussão; Enfermagem em Saúde Comunitária.

Este trabalho é uma reflexão dos acadêmicos de Enfermagem que colaboram na organização dos Fóruns de Saúde Mental, com o objetivo de expor as vivências, desafios e projetos terapêuticos construídos a partir da inserção e discussão em redes nesses fóruns. Historicamente os portadores de transtornos mentais eram excluídos do convívio social, o que se refere ao isolamento de indivíduos de conduta desviante ou considerados indesejáveis pela comunidade. Com isso, conforme Abreu (2008) a clínica da loucura foi, ao longo dos séculos, confinada aos manicômios e recheada de equívocos e transgressões ao direito e à subjetividade. Este modelo assistencial privatista de exclusão com terapias desvinculadas com a realidade do doente mental perpetuou por longos anos. Conforme Santos et al (2000) somente a partir da década de 70, percebem-se no Brasil alguns movimentos de crítica ao modelo hospitalocêntrico no que se refere à assistência psiquiátrica. Entretanto, ainda não havia um modelo de cuidado muito claro e nem uma proposta estruturada de intervenção clínica. A partir de 2001, com a Lei número 10.216 um novo modelo vem sendo implantado no campo da saúde mental, baseado na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Neste contexto recebe-se uma demanda da 15ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), para que o curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS) viesse a contribuir no que tange a reestruturação da saúde mental. Assim, começa-se a construir um espaço de discussão, organização, abordagem integral e descentralizada dos serviços municipais de atendimento à saúde mental, pensando em estruturar uma rede entre os profissionais da saúde - psicólogos, psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e técnicos assistenciais - para troca de informações e levantamento das necessidades regionais como a formação continuada, a estruturação de projetos terapêuticos e as equipes de trabalho. A região da 15ª CRS, compreendida na Região Norte e Noroeste do Rio Grande do Sul, necessita de estruturação da rede básica de saúde e assistência à saúde mental. A UFSM/CESNORS através de seu curso de Enfermagem colabora para a realização deste processo de abordagem de ações

intermunicipais em saúde. Desta forma pode-se unir a academia e os trabalhadores da saúde para qualificar a saúde mental da Região. Na área da saúde, especificamente na enfermagem, a busca por um processo educativo contínuo tem sido uma constante, no sentido de garantir uma assistência de qualidade à população, aqui especialmente os clientes da saúde mental, promovendo e melhorando as competências técnico-científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos trabalhadores. Através de um processo cotidiano de educação buscamos a superação do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico predominante em saúde mental e a qualificação dos profissionais da saúde. Assim, convida-se os trabalhadores da saúde a refletir sobre o seu processo de educação continuada, sendo que independente do conceito que aprimora-se, o que deve-se defender e procurar executar, é um processo de educação no trabalho mais abrangente, que atenda e efetive uma práxis comprometida com as reais necessidades da população. No decorrer das discussões elaboraram-se três fóruns em Saúde Mental com o objetivo de refletir e planejar estratégias de ação coerentes com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e as condições estruturais, organizacionais de cada município. Nesses fóruns, há uma participação ativa dos acadêmicos do curso de enfermagem envolvidos nesta atividade de extensão, possibilitando um espaço de grande aprendizagem em virtude de estimular o processo de educação em saúde e aprimorar as habilidades didáticas e comunicativas. Entretanto, a partir do advento da Reforma Sanitária e da criação e consolidação do Sistema Único de Saúde, aumentam-se as pressões para a reorientação do modelo de atenção à saúde, centrado não mais na doença, mas na pessoa integralmente, considerando todos os aspectos constituintes da vida - físico, mental, cultural, espiritual. Com essa mudança, pretende-se que o cuidado à saúde seja descentralizado, que os indivíduos, usuários dos serviços de saúde e cidadãos, possam ser, de fato, sujeitos participantes do planejamento, implementação e avaliação das ações que lhes dizem respeito. Nesse contexto, no final dos anos 1970, no período de organização social e civil contra a ditadura militar, configura-se o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirado principalmente nas ideias de Basaglia, psiquiatra precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, conhecido como Psiquiatria Democrática. Os Fóruns de Saúde Mental, aos poucos, configuraram-se como um espaço democrático de problematização do tema da Saúde Mental, partindo da realidade local (CARNEIRO, et al, 2010). Têm o intuito de democratizar informações acerca da relação estabelecida entre loucura e sociedade, além da técnica, assistência e conceitos produzidos historicamente no tratamento destinado a pessoas em sofrimento mental, visando instrumentalizar os sujeitos para agirem politicamente em defesa de sua cidadania e do fortalecimento de seus direitos. Os Fóruns tiveram também o papel de, através do encontro de diferentes integrantes da comunidade, articular agências terapêuticas e recursos comunitários, construindo redes de ação e atenção mais integradas, bem como promover o desenvolvimento de ações e estratégias locais, que atendessem às necessidades da população. Nessa perspectiva, considera-se de fundamental importância e inserção dos acadêmicos de Enfermagem em fóruns de discussão sobre saúde mental e o seu entorno organizacional, porquanto que, a academia é um espaço de educação e aperfeiçoamento de habilidades técnico-científicas, que visa à formação de profissionais generalistas, logo, a busca pelo conhecimento e a desenvoltura para trabalhar com questões sociais são de grande relevância. Além disso, o trabalho junto a CRS, estruturando ações de implementações no campo da saúde mental constitui uma forma reflexiva de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, em virtude que os 26 municípios que compõem a 15ªCRS, não possuem estrutura e recursos humanos e tecnológicos suficientes para o planejamento de ações em saúde mental individualizadas. Portanto, a abordagem em fóruns de discussão e cooperação integral vem se mostrando eficiente na estruturação e organização dos serviços de saúde mental em cada município com base na sua realidade local, porque inicialmente, os profissionais de saúde não tinham idéias de estruturação de trabalhos que implantassem os princípios da Reforma Psiquiátrica,

ao contrário, hoje, após o terceiro fóruns as lideranças municipais em saúde já estão com os seus projetos escritos, discutidos e em fase incipiente de efetivação. Diante disso, pode-se perceber que a realização dos fóruns de saúde mental tem-se mostrado importante para que os municípios discutam sua ações e implementem suas práticas, com base na abordagem intermunicipal. Ademais, na visão acadêmica, os fóruns são momentos de crescimento individual e coletivo, possibilitam a agregação de conhecimentos a cerca dos empecilhos sociais, culturais e organizacionais na implantação e consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Referências

ABREU, D.N. **A prática entre vários: a psicanálise na instituição de saúde mental**. Estudos E Pesquisas Em Psicologia, URJ, RJ Ano 8, N.1, P. 74-82, 1° Semestre de 2008.

CARNEIRO, A. C. et al. Educação popular em Saúde Mental: relato de uma experiência. **Saúde e Sociedade**. vol.19 no.2 São Paulo June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200021&lang=pt Acesso em: 04 abr. 2011.

SANTOS, N.S.; ALMEIDA, P.F.; VENANCIO, A.T.; DELGADO, P.G. **A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira.** Psicol. cienc. prof. v.20 n.4 Brasília dez. 2000.

151 RISCO PARA PREJUÍZO DA INTEGRIDADE DA PELE: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO AMBULATÓRIO DE RADIOTERAPIA

SANTOS, Vera Cristina Dorneles
(Enfermeira do Serviço de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria/ HUSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem e GELP)

BEUTER, Margrid
(Professora Doutora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

CORDEIRO, Franciele Roberta
(Acadêmica do 8° semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM. Integrante do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

DURGANTE, Vânia Lúcia
(Enfermeira do Serviço de Ambulatório do Hospital Universitário de Santa Maria/ HUSM. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem e GELP)

RIZZATTI, Salete de Jesus Souza
(Enfermeira do Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria/ HUSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem e GELP)

BRONDANI, Cecília Maria
(Enfermeira do Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria/ HUSM. Doutoranda em Enfermagem –DINTER- UFSM-UNIFESP-EEAN. Integrante do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Enfermagem; Radioterapia; Diagnóstico de Enfermagem

Introdução: O câncer é uma doença crônico-degenerativa, que caracteriza-se pelo crescimento celular displásico, progredindo para invasão de tecidos e órgãos por meio de metástases.As neoplasias podem se apresentar na forma de tumor sólido, expansivo e/ou de infiltração nas estruturas corporais. Atualmente a doença caracteriza-se como a segunda maior causa de mortalidade no país, sendo menor apenas que as doenças cardiocirculatórias (INCA, 2009). Como possibilidades terapêuticas destacam-se os tratamentos cirúrgicos, quimioterápico e radioterápico que podem ser utilizados com finalidades curativas ou paliativas. O enfoque aqui será dado à radioterapia, que é o uso de radiações ionizantes com o objetivo de destruir ou inibir o crescimento de células doentes do organismo, sendo utilizada de forma isolada ou associada a outro recurso terapêutico. Além disso, pode ser indicada para controlar sangramentos e reduzir tumores que estejam causando dor ou comprimindo outros órgãos. Apesar do surgimento de novas técnicas de radioterapia que visam proporcionar melhor abordagem do volume tumoral, os efeitos adversos são freqüentes durante e após o tratamento (INCA, 2009). Esses efeitos adversos se manifestam principalmente na pele, por ser um órgão em que o ciclo celular é de divisão rápida, tornando-se mais suscetível a radiossensibilidade. Dessa forma, a pele torna-se exposta a danos localizados, decorrentes da radiação aplicada durante o tratamento. A reação adversa da pele submetida à radiação ionizante é denominada radiodermatite ou radiodermite e pode ser classificada em até três graus, variando de eritema leve a severo, resultando descamação seca ou úmida, podendo causar até necrose tecidual (GUERRA, SOUZA, REIS, FAUSTINO, 2010). A radiodermite interfere diretamente na qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento de radioterapia, pois

provoca hipersensibilidade local, prurido, dor por exposição de terminações nervosas, perda da barreira protetora (pele), risco de infecção, gerando desconforto, alteração da auto-imagem, baixa auto-estima e isolamento social. (BLECHA, GUEDES, 2006). Dessa forma, faz-se necessário o acompanhamento efetivo do enfermeiro que tem papel fundamental na prevenção das complicações e na minimização das reações relacionadas à radiodermatite: antes, durante e após o tratamento radioterápico. Nesse contexto, este trabalho tem por objetivo: relatar a atuação do enfermeiro junto ao paciente oncológico em tratamento radioterápico, com diagnóstico de enfermagem relacionado ao risco para prejuízo da integridade da pele. **Metodologia**: este estudo trata-se de um relato de experiência sobre a atuação do enfermeiro junto ao paciente oncológico em tratamento radioterápico que apresenta risco para prejuízo da integridade da pele. A discussão da temática é importante, considerando-se a frequência deste diagnóstico, durante a consulta de enfermagem, realizada no Ambulatório de Radioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria, A consulta de enfermagem, é realizada no início do tratamento. Neste momento são fornecidas orientações sobre o que é a radioterapia, como é realizada, os cuidados necessários ao local irradiado para prevenir as lesões de pele, bem como cuidados sobre os demais efeitos adversos do tratamento radioterápico. No ambulatório é disponibilizado ao paciente e ao familiar que o acompanha, um folder explicativo que reforça as orientações realizadas. Além disso, após a avaliação realizada pelo enfermeiro, de acordo com a necessidade, o paciente é encaminhado aos demais profissionais da equipe que integram a assistência no serviço, como psicólogo, assistente social e nutricionista. No decorrer do tratamento as consultas são realizadas semanalmente e sempre que forem necessárias. **Resultados e discussão:** A consulta de enfermagem é um dos momentos em que o enfermeiro busca intervir de forma significativa e efetiva contribuindo com o paciente e seus familiares na prevenção das potenciais complicações das irradiações bem como, promover o autocuidado e a qualidade de vida destas pessoas. Durante a realização da consulta de enfermagem é possível identificar a angústia, o medo e a ansiedade do paciente antes, durante e ao término da radioterapia. Nesse sentido o enfermeiro encontra espaço para desenvolver seu papel de educador, contribuindo com a redução desses sentimentos e promovendo a adesão do paciente ao tratamento. Dentre as etapas da consulta de enfermagem, destacamos o levantamento do diagnóstico de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem é "um julgamento clínico sobre as respostas do individuo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnostico de enfermagem proporciona seleção das intervenções de enfermagem visando o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável." (CARPENITO, 2002, p. 33). Na radioterapia um dos diagnósticos de enfermagem de maior incidência está relacionado ao risco para prejuízo da integridade da pele. Este diagnóstico refere-se ao risco que o indivíduo apresenta para desenvolver potenciais lesões. (GUERRA, SOUZA, REIS, FAUSTINO, 2010) Para tal diagnóstico são orientados alguns cuidados de enfermagem tais como: a importância da ingesta hídrica, de higienizar o local com água e sabão neutro, de enxugar a pele com delicadeza sem esfregar, de utilizar roupas folgadas de algodão, de evitar exposição ao sol ou ao calor e frio excessivos, bem como, aplicar compressas locais com chá de camomila em temperatura ambiente e o uso de creme hidratante a base de camomila. Além disso, o paciente é orientado a comunicar ao enfermeiro qualquer alteração na pele. Na ocorrência de lesões o enfermeiro avalia e elabora um plano de cuidados para a lesão de pele. Um plano de cuidados adequado para a pele irradiada pode não prevenir o desenvolvimento da reação na pele, mas evita a exacerbação do dano provocado pela irradiação. **Considerações finais**: Acredita-se que o enfermeiro precisa estar em um constante processo educativo junto ao paciente visando minimizar os efeitos adversos da radioterapia. A consulta de enfermagem mostra-se como um importante instrumento, pois permite traçar um plano terapêutico que satisfaça as reais necessidades do paciente. Assim, o enfermeiro deve apresentar

conhecimento sobre radioterapia, bem como realizar avaliação constante da área irradiada para que possa identificar alterações na integridade da pele que apresentem riscos de desenvolver lesões. Dessa forma, é possível prevenir extensas e dolorosas lesões principalmente relacionadas às queimaduras, que acarretam dores físicas, emocionais, que muitas vezes interferem negativamente na percepção do indivíduo em relação a sua auto-imagem. Assim constata-se que a consulta de enfermagem pode ser reconhecida no cuidado como um momento de acolhimento ao paciente e seu familiar, de fortalecimento dos vínculos e da confiança nos profissionais, buscando a melhora ou a manutenção da qualidade de vida dos pacientes e familiares.

Referências

BLECHA, F.P.; GUEDES, M.T.S. Tratamento de radiodermatite no cliente oncológico: subsídios para intervenções de enfermagem. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2006; 52 (2): 151-163.

CARPENITO, L.J. Diagnóstico de enfermagem: **aplicação à prática clínica**. 6 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

GUERRA, G.R.; SOUZA, L.R.M.V.; REIS, P.E.D.; FAUSTINO, A.M. Conhecimento de graduandos em enfermagem acerca da prevenção de radiodermatite. **Rev enferm UFPE on line**. 2010, jan/mar.; 4(1): 42-49.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **A situação do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2006.

152 GRUPO FOCAL COMO TÉCNICA DE COLETA DE DADOS NA ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DO DESENHO METODOLÓGICO

BORGES, Tatiane Angélica Phelipini
(Acadêmica de Enfermagem do 5º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa. E-mail: tphelipini@hotmail.com)

RODRIGUES, Carine Silveira
(Acadêmica de Enfermagem do 7º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa)

DEUS, Luise Monteiro Lobão de
(Acadêmica de Enfermagem do 4º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa. E-mail: luise1933@hotmail.com)

BUSANELLO, Josefine
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Orientadora do trabalho)

SILVA, Fernanda Machado da
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Co-orientadora do trabalho)

SENHEM, Graciela Dutra
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

Descritores: Pesquisa em Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Coleta de Dados.

Resumo: O Grupo focal (GF) é considerado uma técnica de coleta de dados específico das pesquisas com abordagem qualitativa. No âmbito científico da Enfermagem, essa técnica tem como finalidade favorecer a exploração de temas que necessitam de uma interação efetiva com a população. Além disso, essa técnica permite compreender processos de construção da realidade por determinados grupos sociais e entender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes que, direta ou indiretamente, influenciam na saúde e na doença[1]. Para a implementação da GF, alguns aspectos relevantes precisam ser considerados nos desenhos metodológicos dos estudos: as discussões são grupais, devendo ser fomentadas por uma série de perguntas abertas, estimulantes e suficientes para explorar a temática em estudo; a composição do grupo deve ser moderada com, no mínimo, quatro e, no máximo, oito pessoas; a seleção da amostra precisa ser intencional ou teoricamente planejada, apresentando homogeneidade entre os participantes, mas com suficiente variação entre eles para que apareçam opiniões diferente ou divergentes; o desenvolvimento dos grupos focais precisa ocorrer em um ambiente agradável e confortável para os participantes, não ultrapassando o período de uma a duas horas; o pesquisador deve atuar como facilitador do grupo, explicando o objetivo principal do estudo, favorecendo e estimulando as discussões[2]. Diante desses aspectos, o presente estudo buscou responder a seguinte pergunta: Quais os desenhos metodológicos das publicações científicas da Enfermagem que

utilizaram o Grupo Focal como técnica de coleta de dados? Trata-se de uma revisão integrativa, método que tem como finalidade a sumarização de pesquisas já finalizadas, para obter novas conclusões, a partir de um tema de interesse. Na operacionalização dessa revisão, utilizaram-se as seguintes etapas: definição da questão norteadora; busca dos estudos; seleção dos estudos; avaliação criteriosa dos estudos; coleta de dados; e síntese e análise dos dados[3-4]. O levantamento bibliográfico foi realizado no mês de novembro de 2010, em todas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando as palavras chaves *Grupo focal* e *Enfermagem*, em todos os índices e sem delimitação do período de publicação. Os critérios para inclusão dos estudos na presente revisão foram: acesso a texto completo; ser artigo científico e utilizar grupo focal como método de coleta de dados. Posteriormente a essa seleção, foi realizada avaliação criteriosa dos estudos, a partir da leitura exploratória do texto completo dos artigos científicos, com intuito de coletar dados. Para tanto, utilizou-se um instrumento com as seguintes questões: identificação numérica aleatória; ano de publicação; temática; método de coleta dos dados; número de encontros do GF; tempo de encontro do GF, número de participantes do GF e método de análise dos dados. Para síntese dos dados, foi realizada a distribuição de frequência e análise descritiva, a partir do Software SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences.* Inicialmente, foram encontrados 126 estudos, a partir das palavras chaves utilizadas para o levantamento bibliográfico. Considerando os critérios de seleção adotados, foram excluídos: 54 estudos que não disponibilizavam texto completo; dois estudos que não utilizavam o GF como técnica de coleta de dados; um estudo do tipo revisão integrativa; sete dissertações de mestrado; e cinco teses de doutorado. Assim, a presente revisão passou a ser composta por 55 artigos científicos. Em relação ao ano de publicação dos artigos científicos analisados, observa-se que os mesmos foram publicados a partir de 2002, sendo que o ano com maior número de publicação foi 2008, com 13 publicações. Já, os periódicos científicos, em sua maioria, eram específicos da Enfermagem, com destaque para a Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a Revista Acta Paulista de Enfermagem, pelo número de publicação de estudos que utilizaram essa técnica de coleta de dados sobre a temática. Além desses, outros periódicos da Enfermagem que apresentaram publicação referente à temática, mas em menor número, foram a Revista Texto e Contexto Enfermagem e Revista Brasileira de Enfermagem. Os estudos da Enfermagem que utilizaram o GF abordaram, em sua maioria, temáticas associadas ao Ensino e Pesquisa da Enfermagem. Outras temáticas que apresentaram um número significativo de estudos foram a Saúde Coletiva e o Processo de Trabalho da Enfermagem. Quanto às técnicas de coleta de dados, mais de 40% dos estudos analisados utilizaram somente o GF para a efetivação da coleta dos dados. Os demais artigos utilizaram o GF associado a outras técnicas de coleta de dados, com destaque para a entrevista, constatada em quase 15% desses estudos. Evidenciaram-se, também, associações de técnicas de coleta de dados, tais como: GF e observação; GF e análise documental; e GF, entrevista e observação. Do ponto de vista operacional, o número de encontros realizados nos estudos analisados, variou de 1 a 20 encontros, sendo que mais de 40% desses estudos não disponibilizavam essa informação. Em relação ao tempo de duração dos encontros do GF, observa-se que mais de 60% dos estudos analisados não disponibilizaram essa informação. Dentre os artigos que descreveram esse aspecto, evidencia-se que na maioria dos GF, a duração dos encontros foi de uma hora e trinta minutos. Ainda nesse aspecto, o mínimo de duração dos GF, observados nos estudos, foi de uma hora e o máximo, de três horas. Outro dado analisado nos estudos refere-se ao número de participantes envolvidos no GF. Nesse aspecto, é possível destacar: mais de 16% dos estudos tiveram nove participantes; o mínimo de participantes observado foi quatro e o máximo foi 20; a média de participantes nos GF foi em torno de 10; 18% dos estudos não informaram esse dado. Como técnica para análise dos dados, mais de 60% dos estudos selecionados utilizaram a análise de conteúdo. Outras técnicas observadas nos

estudos, em menor incidência foram análise do discurso, discurso do sujeito coletivo e *Ground Theory*. A partir do presente estudo, foi possível identificar os desenhos metodológicos das publicações científicas da Enfermagem, que utilizaram o GF como técnica de coleta de dados. Embora ainda incipiente no âmbito da Enfermagem, essa técnica vem sendo utilizado em pesquisas enfocando diferentes temáticas, com destaque para o Ensino e Pesquisa em Enfermagem. Em relação ao método de revisão integrativa utilizada no presente estudo, salienta-se que o mesmo, de um modo geral, vem sendo amplamente utilizado com o objetivo de mapear o conhecimento produzido acerca de um determinado tema. No entanto, enfatiza-se que esse método também pode ser utilizado como um meio de visualizar os desenhos metodológicos e as especificidades de determinadas técnicas de pesquisa. Um dos aspectos negativos do estudo foi o fato de que nem todas as publicações científicas estão disponíveis em texto completo nas bases de dados, para garantir a totalidade das mesmas e o custo para acessar esses estudos podem se tornar elevados. Neste sentido, entende-se que a aplicabilidade da presente revisão ampara-se na finalidade a que foi idealizada, ou seja, servindo de apoio para a construção de estudos que pretendem utilizar essa técnica de coleta de dados, principalmente na Enfermagem. Considera-se que o GF favorece a percepção de práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes que, direta ou indiretamente, influenciam na saúde e na doença. E, por essa razão, compreende uma técnica privilegiada para estudos na Enfermagem, no sentido que favorece a aproximação do Enfermeiro pesquisador, ao principal objeto de estudo da Enfermagem, o cuidado ao ser humano.

Referências

1. Gomes VLO, Telles KS, Roballo EC. Grupo Focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(4): 856-62,

2. Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 33-43.

3. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs 2005; 52(5): 546-53.

4. Menezess KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-64.

153 TERAPIA MEDICAMENTOSA: IMPACTO NA SEGURANÇA DOS PACIENTES

GUERRA, Leonardo Rigo
(Acadêmico do 2ª semestre FISMA. E-mail: rigo.leonardo@gmail.com)

SILVA, Rosângela Marion da
(Enfermeira do HUSM, Doutoranda em Enfermagem)

SCHMIDT, Sandra Marcia Soares
(Enfermeira do HUSM, Doutora em Enfermagem)

GRACIOLI, Jocelaine Cardoso
(Enfermeira do HUSM)

SILVA, Joselaine Rigue da
(Enfermeira do HUSM)

MORAIS, Karen Cristiane Pereira
(Acadêmica do 3º semestre FISMA)

Descritores: Erros de medicação; Enfermagem; Comunicação em saúde.

Introdução: A terapia medicamentosa é a forma mais comum de intervenção no cuidado ao paciente, sendo utilizada há muito tempo na cura das doenças. Cerca de 88% dos pacientes que procuram atendimento à saúde recebem prescrição de medicamentos (CASSIANE, 2005). É consenso que erros decorrentes da terapia medicamentosa representa uma problemática de elevada proporção nas últimas décadas. Carvalho e Viera (2002) referem que o erro de medicação se destaca como a causa mais frequente de eventos adversos evitáveis. Esses eventos podem ou não ter relação com a prática profissional, incluindo comunicação, prescrição, rótulos, embalagens entre outros. A existência de erros durante o tratamento medicamentoso pode resultar em consequências ao paciente e família, como as incapacitações, o prolongamento do período de internação e recuperação, a exposição a maior número de procedimentos e medidas terapêuticas, além de atraso ou impedimento na retomada de suas funções. Belela (2008) expõe que o erro de medicação pode se dar em qualquer fase da terapia medicamentosa podendo ou não determinar danos ao paciente. A autora refere que quando ocorre o dano tem-se o evento adverso, entendido como o prejuízo sofrido durante o atendimento à saúde, ocasionando doenças ou piora das condições do paciente. Para Gallotti (2004), evento adverso são as complicações indesejadas decorrentes do cuidado prestado aos pacientes, não atribuídas à evolução natural da doença de base, como as complicações decorrentes do uso de medicamentos, seguido das úlceras por pressão, complicações cirúrgicas e erros nos diagnósticos. **Objetivo:** identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre os indicadores relacionados à segurança da medicação. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa com delineamento descritivo-exploratório, que foi realizada em um Hospital Universitário com pacientes internados no Serviço de Nefrologia. Os participantes foram os trabalhadores de enfermagem que atenderam os critérios de inclusão: ser trabalhador com Regime Jurídico Único e aceitar participar do estudo. Foram excluídos aqueles que estavam em licença de qualquer natureza. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário com questões fechadas, sendo 21 questões sobre algumas situações descritas na literatura relacionados à segurança do paciente baseado em metas internacionais. Destas, três são questões relacionadas aos

cuidados com a segurança dos medicamentos. O referido questionário tem por objetivo identificar quais indicadores, na percepção da equipe de enfermagem, estão relacionados à segurança do paciente. Após a explicação sobre os objetivos da pesquisa, os questionários foram entregues individualmente em cada turno de trabalho mediante o consentimento do pesquisado sobre a participação voluntária, o que ocorreu por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 196/96. Foi agendada uma data para recolhê-los. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva simples, utilizando-se a distribuição absoluta e relativa das variáveis categóricas. Para tanto, foi elaborado um banco de dados, utilizando-se planilhas eletrônicas. Salienta-se que o projeto recebeu aprovação do CAAE sob número 0383.0.243.000-10 e número do processo: 23081.020340/2010-80 em janeiro de 2011. **Resultados:** Compuseram a população do estudo 14 trabalhadores de enfermagem, e 100% deles consideram que a dose, a via de administração, o horário, o tipo de medicação e o nome do paciente são fatores que comprometem a segurança do paciente nos serviços de saúde. Além disso, também foi consenso do grupo que a identificação de equipos para infusão venosa e a obstrução de acesso venoso central são indicadores relacionados à segurança do paciente com enfoque na segurança da medicação. É importante mencionar que outros trabalhadores também estão envolvidos nesse processo. BELELA (2008) considera que o ato de medicar envolve um conjunto de processos interligados e sujeitos a erros ou falhas, podendo ser classificados como erro de prescrição, erro de dispensação, erro por omissão, erro de horário, erro de administração de medicamento não autorizado, erro de dose, erro de apresentação, erro de preparo, erro de administração, erro por uso de medicamento deteriorado, erro de monitoração e erro pela não adesão do paciente e outros. Tais erros não são de causa isolada, uma vez que são consequências de uma cadeia de eventos que ocorrem em um sistema mal-elaborado, em que vários fatores contribuem para sua concretização e não somente o ato equivocado de um indivíduo. As diversas causas que contribuem para a ocorrência do erro de medicação estão relacionada ao ambiente físico inadequado, cansaço e estresse da equipe, distração, falha na comunicação, sobrecarga de trabalho, falta de treinamentos, violação de regras estabelecidas, falha no seguimento de protocolos, mal funcionamento de bombas de infusão, falta de informação sobre o paciente, falta de conhecimento, falta de protocolos para preparo e administração de medicamentos, cálculos inexatos de doses, prescrições ilegíveis, problema na estocagem e na distribuição dos medicamentos, entre outros (BOHOMOL E RAMOS, 2008). Diante do exposto, é necessário o desenvolvimento de estratégias que identifiquem esses eventos e esses fatores com vistas a possibilidade de reestruturação do sistema e redução das falhas. Medidas preventivas devem ser baseadas nas mudanças das condições gerais de trabalho o que pode sugerir a implementação de programas amplos dirigidos à equipe de profissionais, às intervenções, ao local de trabalho e à instituição como um todo. Os erros podem ocasionar múltiplos prejuízos a um paciente, podendo aumentar o tempo de permanência hospitalar, a necessidade de intervenções diagnósticas e terapêuticas e também levá-lo a morte. A abordagem dos erros, considerado evento adverso, nas instituições precisa ser revista, pois é, na maioria das vezes, realizada de maneira individual e com preconceitos, considerando os erros como ações desempenhadas por indivíduos com deficiências no conhecimento científico e técnico e poucos comprometidos com a qualidade. Quando o erro ocorre, a tendência é escondê-lo, perdendo-se oportunidade importante de reflexão e aprendizado. Carvalho e Vieira (2002) consideram que a notificação dos eventos adversos é importante ferramenta para o gerenciamento da qualidade da assistência e segurança do paciente visando à melhoria da qualidade da assistência. Os erros estão relacionados e tornam-se inevitáveis na condição humana e precisam ser aceitos como evidência de falha no sistema, e enfrentados como oportunidade de revisão do processo da assistência prestada ao paciente. No entanto Bohomol e Ramos (2007) citam que o medo e o receio estão presentes quando se aborda uma situação de erro

culminando em sub-notificações ou a não notificações dos mesmos, fator preocupante para o gerenciamento de eventos adversos à medicação. Neste contexto, o registro de erros de medicação, seja em qual for a fase do processo, serve para detectar e quantificar a ocorrência dos mesmos, proporcionando a avaliação de suas causas, e a sua gravidade. **Considerações Finais:** Eventos adversos constituem importantes indicadores da qualidade da assistência, sendo necessário que as instituições de saúde, interessadas na segurança dos pacientes, desenvolvam programas de controle de processos que monitorem os erros para agir de modo efetivo em sua prevenção. A análise dessas informações permitirá o desenvolvimento de estratégias que verdadeiramente possibilitem cuidado seguro.

Referências

BELELA, Aline S C. **Erros de medicação notificados em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos para atendimento de pacientes oncológicos**. [Dissertação]. Universidade Federal de São Pulo, São Paulo; 2008.

BOHOMOL E.; RAMOS LH. **Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente.** Rev Bras Enferm. v. 60, n. 16; 2007, p. 32-36

CASSIANI SHB. A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. **Rev Bras Enferm**. v. 88, n. 1; 2005, p. 95-99.

CARVALHO, M.; VIEIRA, A.A. Erro médico em pacientes hospitalizados. **Jornal de Pediatria**, v.78, n.4, 2002, p.261-268.

GALLOTTI, R.M. D. Eventos adversos: o que são? **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 50, n. 2, 2004, p. 109-24.

154 O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

BIANCHINI, Débora Paulon
(Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM. E-mail: deborapbianchini@yahoo.com.br)

FÉLIX, Roselaine
(Enfermeira da Unidade Toco-Ginecológica do HUSM)

ALTMANN, Claudete A. B.
(Enfermeira da Unidade Toco-Ginecológica do HUSM)

Descritores: Enfermagem; Saúde da Mulher; Amamentação.

Introdução: O leite materno é o alimento nutricionalmente apropriado ao recém-nascido, adequado a seu metabolismo, realizando importante papel no desenvolvimento da criança e fornecendo proteção imunológica contra doenças infecciosas. Além disso, estimula a relação afetuosa da mãe com o bebê. A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que o aleitamento materno exclusivo é indicado como única fonte alimentar do bebê até os seis meses de vida sendo complementado, com nutrição variada, após esta idade até dois anos ou mais. Estudos comprovam que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida tem o poder de evitar, por ano, mais de 1,3 milhão de mortes de crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento. Os bebês até os seis meses não precisam de chás, sucos, outros leites, nem mesmo de água. Posteriormente a essa idade, deverá ser oferecida alimentação complementar apropriada, mas a amamentação precisa continuar até, pelo menos, o segundo ano de vida da criança [(1)]. Mesmo com todas as campanhas e informações públicas sobre as inúmeras vantagens do leite materno, o desmame, ou seja, sua substituição por outros leites ou fórmulas infantis artificiais, é uma prática comum em nosso meio[(2)]. Grande parte da população não tem ciência sobre os prejuízos do desmame precoce tanto para mãe, quanto para o bebê. Sabemos que este está associado, por exemplo, à perda natural da contracepção, à diminuição da probabilidade de desenvolver câncer de mama e ovário, involução uterina demorada, e o bebê está sujeito ao maior número de episódios de diarréia, doenças respiratórias, risco de desnutrição, maior incidência de alergias, obesidade infantil, entre outras possíveis complicações[(3)]. Desse modo, o profissional da área da saúde é fundamental na reversão deste quadro. Para isso, ele deve estar preparado, pois o seu trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno será infrutífero sem o olhar cuidadoso, compreensivo, dando importância aos aspectos emocionais e culturais da família. Dar ênfase à mulher como protagonista do processo de amamentar, a valorizando, escutando e a empoderando[(3)]. **Objetivo:** Descrever as experiências vivenciadas pela acadêmica em estágio supervisionado na Unidade Toco-Ginecológia durante o acompanhamento às profissionais enfermeiras e técnicas de enfermagem responsáveis pelas orientações, permitindo, desta forma, um atendimento humanizado às gestantes e puérperas internadas. **Metodologia**: Devido às pesquisas nacionais é possível constatar que, desde a implantação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, no início da década de 80, os indicadores de aleitamento materno no Brasil vêm crescendo gradativamente, mas ainda se encontram abaixo do considerado aceitável[(4)]. O Ministério da Saúde traz, em seu Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), a proposta de um conjunto de ações unificadas que visam modificar substancialmente o modelo de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, aprimorando a condição e a eficácia dos serviços hoje oferecidos por estas

instituições[5]. Um significativo problema de saúde são as informações incompletas ou passadas de maneira que a mulher e a família não entendem. A carência de um profissional que perceba as crenças, desejos e superstições fazem com que os elementos expostos por informativos, folders, mídia sejam obsoletos, não oferecendo o apoio necessário neste período. A prática da amamentação é intensamente influenciada pelo ambiente onde está inserida a nutriz. Para um aleitamento bem-sucedido, a mãe carece de constante estímulo e apoio não só dos profissionais de saúde, mas da sua família. Pouco adianta que a mulher escolha pela amamentação se esta não está inserida em um ambiente que a ampare e apóie sua preferência. Diante disso, o trabalho do profissional enfermeiro deve ser realizado não somente com a mulher internada, mas também com os familiares ligados direta ou indiretamente a ela. Desta forma, com as orientações prestadas pela equipe de enfermagem da unidade Toco-Ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), é possível proporcionar uma atmosfera serena, segura e humanizada às gestantes e puérperas que estão temporariamente em tal clínica. **Resultados:** O intuito das orientações prestadas às mulheres foi o esclarecimento e desmistificação que rondam o assunto, bem como proporcionar o entendimento acerca dos benefícios tanto para a mãe como para o bebê, o que foi e está sendo alcançado com relativo sucesso. O êxito não é completo devido à relutância de algumas mulheres, em razão de estética, folclore ou crenças. Mesmo assim os resultados positivos da orientação são maiores que os negativos, deixando a equipe estimulada para dar continuidade neste trabalho. **Conclusão**: Entende-se que o tema aleitamento materno deve ter início durante o pré-natal, tanto em unidades básicas como por intermédio de convênios ou particulares. Em unidades básicas as orientações são parte fundamental do papel do enfermeiro no cuidado pré-natal para a prevenção e promoção da saúde, trabalhando com a gestante/puérpera e sua família. Para tanto a atualização contínua do profissional enfermeiro é necessária, tendo ampla importância para assegurar informações relacionadas a este período. A contribuição do enfermeiro no pré-natal é de importante valia, pois oferece subsídios para a eficácia da implementação das ações junto às pacientes. É neste momento que, para a maioria das mulheres, tem-se o primeiro contato com o assunto, sendo este o momento propício para as devidas orientações. No pré-natal bem estruturado a comunicação e familiaridade instituídas entre paciente e enfermeiro são amplas criando-se laços de afinidade devido o tempo passado com o mesmo profissional, tornando as orientações mais plausíveis e aceitáveis por parte da gestante. Contudo percebe-se que a adesão ao pré-natal não é completa, deixando tais informações para a equipe hospitalar. Deste modo, é no período de internação que as ações educativas são direcionadas, a mãe deve habituar-se à nova condição, ultrapassando as dificuldades do inicio do aleitamento, da mesma maneira que o bebê necessita aprender a sugar. O sentimento de angústia sentido pela mãe, devido ao choro persistente do bebê, é suavizado, neste momento, pela equipe de enfermagem na forma de orientações pertinentes e seguras sobre o assunto. No entanto, tais orientações não são extensas, favorecendo a assimilação e compreensão alcançadas pela mulher e familiares envolvidos. Sendo assim, a estimulação do aleitamento materno, mesmo sem avaliação direta, possivelmente tiveram resultados positivos na maioria das mulheres orientadas, devendo ser cultivadas e até mesmo aprimoradas em um futuro próximo.

Referências

1. UNICEF - **Fundo das Nações Unidas para a Infância**. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_10003.htm Acesso em: 10 mar 2011.

2. SOUZA, T. O.; BISPO, T. C. Aleitamento Materno Exclusivo e o Programa Saúde da Família da Chapada, Município de Apoá (BA). **Rev. Baiana de Saúde Pública** *(on line)* vol.31 n.1 p.38-51 jan/jun 2007. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume31/Páginas%20%20de%20Revista_Vol31_n1_2007%20%2038.pdf Acesso em: 25 out 2010.

3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros:** Situação do Aleitamento Materno em 227 municípios brasileiros**.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 63p.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa **Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília 2001: 60p.: il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20)

155 AÇÕES EDUCATIVAS A SUJEITOS-TRABALHADORES NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

PINNO, Camila
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS
E-mail: camilapinno@yahoo.com.br)

BANDEIRA, Danieli
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

BADKE, Marcio Rossato
(Enfermeiro, Mestre, Professor Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS.
Orientador)

Descritores: Enfermagem; Atenção á Saúde, Úlcera por Pressão.

Introdução: viver significa estar em contínuas transformações pessoais, profissionais; denota estar em contínuo aprendizado, educando e reaprendendo de diferentes formas em diferentes lugares e momentos. Desta forma, torna-se imprescindível empoderar-se durante o processo de trabalho. É, a partir deste pressuposto que desenvolveu-se um projeto de extensão intitulado "Ações educativas de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão", o qual foi aplicado ações de educação permanente com os sujeitos-trabalhadores de um hospital de pequeno porte do norte do RS em relação a prevenção de úlceras por Pressão (UP). As UP são lesões provenientes de hipóxia tissular, levando à necrose tecidual que ocorrem quando a pressão que é aplicada na pele é maior que a pressão capilar normal (32 mm Hg/arteríolas e 12 mm Hg / vênulas), em um período de tempo (RODRIGUES et al, 2008). Segundo uma publicação feita por *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (2010) as UP podem ser classificadas quanto ao grau de profundidade da seguinte maneira: grau I – eritema não branqueável em pele intacta, a lesão precursora da pele, em pacientes de pele escura, o calor, o edema, o endurecimento ou a dureza também podem ser indicadores; grau II – perda parcial da pele, que envolve a epiderme, a derme ou ambas (abrasão/flictena); grau III – perda de espessura total da pele, podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa; grau IV – destruição extensa, necrose dos tecidos ou lesão muscular e/ou exposição óssea ou das estruturas de apoio (neste grau como no III, podem apresentar lesões com cavernas, túneis ou trajetos sinuosos). A UP na maioria das vezes é provocada pela pressão, cisalhamento e fricção, além de estarem associados a outros fatores como a idade avançada, o estado nutricional deficitário, a pressão arteriolar, a temperatura corporal, a patologias associadas à mobilidade reduzida, incontinência urinária e fecal e obesidade (LISE; SILVA, 2007; COSTA, 2005). Segundo Costa (2005) a prevalência de UP no ambiente hospitalar é alta, varia de 2,7% a 29,5%; pacientes tetraplégicos (60%) e idosos com fraturas de colo de fêmur (66 %) atingem as mais altas taxas de complicações, seguidos por pacientes criticamente doentes (33%). Como a população de idosos tende a se tornar a de maior crescimento em nosso meio, pacientes ambulatorial com assistência domiciliar, são reconhecidos como de alto risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão (COSTA, 2005). Desta forma, destaca-se a relevância da atuação dos profissionais de enfermagem na prevenção e avaliação das UP no âmbito hospitalar. Neste contexto, o enfermeiro deve atuar de maneira a implementar ações educativas à equipe de enfermagem, para que esta esteja ciente e preparada para os cuidados preventivos a serem prestados. Lise e Silva (2007) afirmam ser fundamental que a equipe de enfermagem identifique as

UP como um problema grave, capaz de interferir na qualidade de vida da pessoa acometida por ela. Para tanto, é necessário que a prestação do cuidado se desenvolva de maneira integral, desenvolvido por uma equipe multiprofissional comprometida em implementar ações efetivas de prevenção. As UP, além de repercutirem em desconforto e dor, interferem diretamente no período de hospitalização dos pacientes acometidos por estas lesões. Costa (2005) afirma que, preveni-las custa menos do que tratá-las, sendo assim, é de grande valia lançar mão de medidas de baixa tecnologia, que possam ser utilizadas tanto em ambientes hospitalares quanto domiciliares, atuando diretamente na prevenção dessas lesões. Destaca-se assim, a importância da equipe de enfermagem estar atenta e atualizada quanto a essas medidas, para que se possa prestar a assistência correta no processo de cuidar. **Objetivos:** Relatar a experiência de duas acadêmicas do sexto semestre de enfermagem, na aplicação de um projeto de extensão com a finalidade de orientar à prevenção das UP no serviço hospital. **Metodologia:** O projeto de extensão se desenvolveu em um hospital de pequeno porte na região norte do Rio Grande do Sul, contemplou 15 sujeitos participantes entre enfermeiras, técnicos (as) e auxiliares de enfermagem atuantes no turno manhã/tarde na Unidade clínica da instituição. Foram realizadas conversas grupais e individuais que permitiram aos sujeitos trabalhadores reflexões sobre situações concretas em relação à prevenção de UP no seu processo de trabalho; valorizando o conhecimento já adquirido durante sua vida profissional. Foram acompanhados, juntamente com os sujeitos-trabalhadores, alguns pacientes; os quais tinham propensão em desenvolver UP e através destes que eram esclarecidas dúvidas em relação a diversos assuntos, como: desbridamento, classificação das lesões, quais cuidados com as lesões e que produto mais adequado utilizar e, porque os utilizar, a fisiopatologia das UP, etc. **Resultados:** Em um primeiro momento, observou-se certa apreensão por parte dos sujeitos-trabalhadores com relação à presença das acadêmicas em seu meio de trabalho. No entanto, no decorrer das atividades os mesmos mostraram-se mais participativos e ativos nas trocas de experiências e empoderamento sobre as dúvidas frente à prevenção das UP, estabelecendo assim, vínculo; facilitando as relações acadêmicas/profissionais. Pode-se perceber que, a maioria dos sujeitos demonstrou interesse, porém, a sobrecarga da demanda no serviço, apareceu como um dos fatores que dificultaram a apropriação destes em relação à temática. Conseguiu-se que fossem realizados alguns cuidados, como: mudança de decúbito (2/2hs), hidratação corporal, proteção de proeminências ósseas, estimulação da ingesta hídrica e dieta, bem como, saída do leito. **Principais conclusões:** A partir dos resultados apresentados, pode-se concluir que a sobrecarga de trabalho dos sujeitos-trabalhadores influenciou na efetividade das ações propostas pelo projeto, pois, era difícil termos os momentos de conversa, já que sempre estavam realizando procedimentos que não envolviam apenas a prevenção de UP. Também, aponta-se que a apreensão dos sujeitos em relação aos novos conhecimentos, é devido a que muitos destes já trabalham há muito tempo no mesmo hospital, o que proporcionou um certo distanciamento em buscar novos conhecimentos, talvez devido a uma acomodação por parte dos profissionais. É relevante assinalar que por parte da instituição há pouco incentivo para que os trabalhadores especializem-se ou participem de atividades de aperfeiçoamento de seus conhecimentos. Apesar disso, a inserção das acadêmicas no ambiente de trabalho dos sujeitos-trabalhadores, deu-se de maneira positiva, já que se pode estabelecer uma discussão quanto à importância da prevenção das UP, dinamizando assim o processo de trabalho destes sujeitos e, por conseqüência melhorando a qualidade da assistência prestada. Analisando e refletindo o caso dos pacientes, também se pode concluir que estes não apresentam acompanhamento constante por tarde da atenção básica e hospital (rede territorial).

Referências

COSTA, M. P. et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta ortop. Bras**, v. 13, n. 3. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n3/25672.pdf>. Acesso em:n 05 de dezembro 2010.

Diretrizes para a Prevenção de Úlceras de Pressão – European Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em: http://www.epuap.org. Acessado em 05 de dezembro de 2010.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci**, v. 29, n. 2. Maringá, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1072/530>. Acesso em: 05 de dezembro 2010.

RODRIGUES, M. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 4. 2008. Disponível em:< http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13117/8875>. Acesso em: 05 de dezembro 2010.

156 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA SOBRE SAÚDE DOCENTE: DADOS PARCIAIS

LOURENSI, Cristiane Machado
(Enfermeira, especializanda em Formação Pedagógica Para Docentes, pela CELER, FACULDADES, Chaxim SC. Membro integrante do Grupo de Pesquisa: Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da UFSM. Técnico administrativo do Hospital Universitário de Santa Maria, Unidade de Terapia Intensiva Adulto. cristianelourensi@yahoo.com.br)

SILVA, Natalina
(Enfermagem. Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Especialista em Terapia Intensiva com ênfase em oncologia e controle de infecção hospitalar (UNIFRA), especializanda em educação ambiental a distância pela (UFSM). Técnico administrativo do Hospital Universitário de Santa Maria, UCI. natysilva@hotmail.com)

MAGNAGO, Tania Solange Bosi Souza
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa: Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem, Do Departamento de Enfermagem da UFSM. tmagnago@terra.com.br)

Descritores: Trabalho, Saúde, Docentes.

Introdução: Este estudo tem como objeto a avaliação da saúde docente e a ocorrência de enfermidades decorrentes das atividades laborais, a partir de uma pesquisa bibliográfica. Insere-se na linha de pesquisa: Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS). Justifica-se a proposição deste estudo, pois algumas vezes o docente passa despercebido quanto as questões relacionadas a sua saúde física e mental. Sabe-se que no desenvolvimento de suas atividades estão expostos a fatores desencadeantes de enfermidades relacionadas ao trabalho. Conforme Penteado, Pereira (2007. P. 237), o professor é pouco lembrado como sujeito de ações promotoras de saúde, e pouco se sabe sobre as suas condições de saúde, de trabalho e da qualidade de vida. Durante a trajetória acadêmica e profissional das autoras, atuando em diferentes contextos de trabalho, observaram-se situações que poderiam desencadear o desgaste laboral. Dentre elas o estresse, os ruídos presentes no ambiente de trabalho, a sobrecarga de atividades, o uso constante da voz como instrumento de trabalho, dentre outras situações. Dejours (2007, p. 24), destaca que "o organismo do trabalhador, não é um 'motor humano', na medida em que é permanentemente objeto de excitações, não somente exógenas, mas também endógenas". Ainda, descreve o trabalho como uma atividade que propõe uma relação direta entre o físico e o psíquico, que podem representar equilíbrio e satisfação e, por outro lado, podem causar tensão e o adoecimento do trabalhador. Diante desse contexto, considerando a necessidade de compreender melhor a relação trabalho e saúde do docente, e a prevalência de adoecimento desses profissionais, questiona-se: Qual a prevalência de adoecimento docente e qual a sua relação com o trabalho? **Objetivos:** Identificar nas produções científicas brasileiras os tipos de adoecimento e sua relação com as atividades laborais docentes. **Metodologia:** Este se caracteriza como uma pesquisa bibliográfica sobre a temática saúde docente. A coleta de dados foi realizada por meio de uma busca dos artigos científicos publicados nas bases de dados *Scientific Eletronic Libraly Online* (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a busca foram utilizados os descritores "trabalho", "saúde" e "docentes". Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos que abordassem a temática proposta, publicados em língua portuguesa e disponíveis na íntegra e online. Excluíram-se as teses e dissertações. Primeiramente, foi realizada a leitura do título e do resumo dos artigos, afim de incluir

aqueles que abordassem a temática em estudo. Os artigos selecionados foram organizados em um formulário contendo: autores, título, fonte de publicação e ano, objetivo do estudo, resultados e conclusões. Para análise dos dados foram extraídas informações específicas referentes: aos níveis de ensino (fundamental, médio, graduação e pós graduação), ano do estudo, periódico de publicação, patologias estudadas e evidências da relação entre patologia e trabalho. **Resultados:** Como resultado foram encontrados no banco de dados da LILACS, 138 trabalhos completos. Destes, 38 atenderam aos critérios de inclusão. Na SCIELO, foram encontrados 61 trabalhos, porém atendiam aos critérios de inclusão apenas três artigos. Totalizando 41 artigos para análise. Neste resumo será apresentada uma análise de cinco artigos. Os estudos analisados foram desenvolvidos no período de 2006 à 2010, publicados em periódicos das regiões Sul e Sudeste predominantemente no estado de São Paulo. Foram avaliados docentes da rede municipal de ensino (02) e de instituições de ensino superior (03). As evidências encontradas nos estudos foram: Silva (2006, p.89), retrata o crescente aumento da síndrome de bournout e sua relação com as condições de trabalho dos docentes. Evidenciou, ainda, que 67,6% dos professores apresentavam baixa realização pessoal no trabalho, a qual poderia estar relacionada às condições físicas das escolas, à ameaça de violência física e psicológica, às pressões, à realidade política educacional que não prestigia a profissão docente. SERVILHA e PEREIRA (2008, p.28) ao procurar conhecer as condições de trabalho, saúde e voz em professores universitários evidenciou que 42,8% dos docentes referiram mudanças na voz, tais como: voz mais grossa, mais alta, mais forte, além de rouquidão e oscilação. Para 33,3% a alteração surgiu até seis anos depois do início do trabalho e 22,2% após dez anos de docência. A perda da voz por uma ou duas vezes durante o semestre foi referida por 47,6% dos professores, dado que se mostra preocupante para o próprio professor e para os dirigentes institucionais, pois sem a voz fica impossível o professor viabilizar seu trabalho, o que traz prejuízos para sua saúde física e mental e também para os discentes, que têm no professor o principal mediador na construção do conhecimento. Outro dado importante apontado no estudo é que apesar disso, 80,9% dos professores nunca se submeteram a exame de laringe e, naqueles que o realizaram (19%) foram diagnosticados nódulos, laringite e espessamento de pregas vocais. Uma estratégia sinalizada seria o uso do microfone para proteger a voz do professor. Garcia, Oliveira e Barros (2008, p. 24) com o objetivo de analisar as condições de trabalho dos professores de ensino superior na área da saúde no âmbito das transformações econômicas, sociais e culturais vividas no contemporâneo, evidenciaram a precarização do trabalho docente e da produção de modos de ser professor, predominantemente, marcados pela angústia. Assinalam que os professores criam a todo tempo estratégias de saídas para driblar as dificuldades cotidianas e as condições deficitárias de trabalho. Grandella Júnior (2010, p.133) identificou em seu estudo que 29,6% dos docentes apresentam algum problema de saúde após o ingresso na universidade. Desses, 15,5% são relacionados à organização do trabalho, 5,6% às condições de trabalho e 2,8% concomitantemente às condições e à organização do trabalho. Servilha e Pena (2010) ao avaliarem os tipos de sintomas relacionados à voz constataram que quanto à etiologia da alteração vocal, o uso intensivo da voz foi indicado por 94,4% dos docentes, estresse por 61,1%, alergia por 55,5%, infecção respiratória, exposição ao frio e exposição ao barulho, cada qual com 38,9% e gripe constante por 19,4% deles. Foi assinalado pelos docentes fatores que poderiam ser desencadeantes tais como: a presença de poeira (91,7%), ruído (75%) e excesso de trabalho (88,8%), falta de tempo para desenvolver as atividades na escola (88,8%) e fiscalização constante do desempenho (33,3%). **Considerações finais:** Apesar dos resultados serem parciais, eles apontam que os professores trabalham em ambientes adversos à saúde, ou seja, a organização do trabalho docente tem sido um espaço que propicia o surgimento das manifestações de sofrimento mental e físico.

.

Referências

1 DEJOURS, C. A carga do trabalho. In: Psicodinâmica do trabalho-Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. BETIOL, Maria Irene Stocco (Coord.). São Paulo: Atlas.2007.

2 GRADELLA JUNIOR, O. Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. *Cad. psicol. soc. trab.* [online]. 2010, vol.13, n.1, p. 133-148.

3 GARCIA A. L, OLIVEIRA E.R.A, BARROS E.B. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da Saúde: discurso e prática cotidiana. Cogitare Enferm.[online]. 2008, vol.13, n.1, p.18-24.

4 PENTEADO, R.Z., PEREIRA, I.M.T.B. Qualidade de vida e saúde vocal de professores. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, n.2, p. 236-243.

5 SERVILHA, E.A.M., PEREIRA, P.M. Condições de trabalho, saúde e voz em professores universitários. Rev. ciênc. méd., 2008, 17(1)21-31.

6 SERVILHA, E.A.M., PENA, J. Tipificação de sintomas relacionados à voz e sua produção em professores identificados com ausência de alteração vocal na avaliação fonoaudiológica. *Rev. CEFAC* [online]. 2010, vol.12, n.3, p. 454-461.

7 SILVA, M.E.P. Burnout: por que sofrem os professores?. *Estud. pesqui. psicol.* [online]. 2006, vol.6, n.1, p. 89-98.

157 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO FERRAMENTA NA BUSCA DA EXCELÊNCIA PROFISSIONAL NO CENTRO DE MATERIAS E ESTERILIZAÇÃO

CASSOL, Paulo Barrozo
(Enfermeiro, especializando do Curso de Pós-Graduação em Educação Ambiental da Universidade Federal de Santa Maria)

BORDIN, Ivana Caetano
(Enfermeira, chefe do Centro de Materiais Esterilização do Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: icaetanobordin@gmail.com)

EINLOFT, Debora
(Enfermeira, do Centro de Materiais Esterilização do Hospital Universitário de Santa Maria)

Palavras-chave: Gerência; Educação Continuada; Normas de Prática de Enfermagem.

O surgimento, evolução e o grau de importância dos Centros de Materiais e Esterilização estão associados à evolução da medicina moderna e os descobrimentos da ciência a respeitos dos germes e sua propagação [4]. Apartir de 1847 com a introdução da lavagem das mãos e dos instrumentos cirúrgicos em solução de cal clorado e em 1874 com utilização de água fervente para lavagem dos materiais cirúrgicos foi constados uma grande redução nas transmissões de germes infecciosos; mais tarde foi demonstrado por Josefh lister a necessidade de elevar a temperatura acima dos 100 C° para assegurar a esterilidade dos materiais cirúrgicos, tornando assim as cirurgias anti-sépticas, dessa forma percebeu-se a necessidade de pessoas qualificadas para exercerem essas funções; sendo que com os avanços constantes dos conhecimentos, as cirurgias se tornaram asséptica, com a utilização do vapor saturado sob pressão, óxido de etileno e outros métodos modernos utilizados para o processo de esterilização; no Brasil o ministério da saúde define o Centro de Materiais e Esterilização como o conjunto de elementos destinado à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde[4]. Com esse crescente desenvolvimento tecnológico e as especificidades do Centro de Materiais e Esterilização (CME) aponta a necessidade do profissional enfermeiro se especializar para gerenciar esse complexo setor. Assim como estar atualizado com as tendencias tecnológicas e mercadológicas neste contexto globalizado, socializando essses conhecimentos com a equipe do CME. Frente a essa necessidade da padronização de seus processos de trabalho e da busca da excelência no trabalho do CME, iniciou-se a elaboração de normas e rotinas padronizadas, intitulando-se " Procedimentos Operacionais Padrão'' (POP) específicos para o CME do Hospital Universitário de Santa Maria, no município de Santa Maria no Rio Grande do Sul (HUSM). O objetivo desse trabalho é apontar o POP como importante ferramenta na busca da exelência no CME. **Metodologia:** A elaboração do POP especificos para o CME iniciou em janeiro de 2010, em abril de 2011 está na fase de finalização; com a projeção de sua implantação e treinamento da equipe em maio e junho de 2011 no CME do Hospital Universitário de Santa Maria. Este serviço conta com uma equipe, composta por cinco enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, oito auxiliares de enfermagem, três auxiliares de saúde, e seis laboratoristas de área que são distribuidos entre os turnos diurno e noturno. Está dividido em sete áreas com fluxo direcional de materiais evitando dessa forma o cruzamento de materiais sujos e não estéreis com materiais limpos e esterilizados classificando-se em: área I - recepção e preparo de roupas e pacotes cirurgicos como campos, laps e aventais, compresas entre outros; área II - recebimento de materias sujos das unidades e do centro cirurgico, possuido uma lavadora ultra sônica e uma termodesinfectadora;

área III- inspeção, preparo e montagen de caixas com materiais cirurgicos; área IV- preaparo de materiais para estoque, selagem em grau cirúrgico de materiais diversos; área V- esterilização, posuindo duas autoclaves pré-vacuo; área VI - entrega de materiais esterelizados para as unidades consumidoras; área VII – armazenagem de materiais esterilizados e atendimento ao centro cirúrgico. Considerando essas sete áreas e suas especificidades com a realidade do HUSM, inciou-se a revisão de seus processos de trabalho. Foi realizado uma leitura de cada procedimento do CME, junto com discussões sobre assunto, novas releituras foram realizadas confrontando com literaturas da área. Utilizando como suporte para consulta Práticas Recomendas da Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC) [5]. Após as discussões finais foram elaborado no total trinta e cinco POP que será impresso para facilitar a consulta. **Discussões:** o Processo de trabalho é o resultado da necessidade, do projeto, do objeto de trabalho, da força do trabalho, instrumento de trabalho e produto [3]. Neste contexto apontamos a importância de se conhecer quais são as necessidades do setor, o objeto de trabalho, dessa forma instrumentar-se para atingir o produto, que são os materiais esterilizados para suprir as unidades consumidoras, assim como o treinamento para os indivíduos que são os responsáveis pela execução do trabalho. Atualmente com envelhecimento da população, inovações tecnológicas constantes e de alto custo, alteração no perfil epidemiológico, prevalências de molestias crônicas degenerativas e traumas, elevaram muito o custo da saúde. Frente a este cenário vivemos uma realizade de reduzir os gastos e otimizar os recursos mantendo a qualidade dos serviços prestados [2]. Inserido nesse contexto tecnológico e globalizado o CM E processa materiais de alto custo para o atendimento das unidades consumidoras, onde o gerenciamento de custos e a otimização dos recursos são necessários para manter o equilibrio financeiro da instituição e a qualidade dos serviços sem causar prejuizo ao cliente. Esse desenvolvimento tecnológico está relacionado aos descobrimentos da ciência, com reflexo nos processos de trabalho para atender as necessidades da instiuição, onde as atividades técnicas executadas necessitam de embasamento científico para serem realizadas sendo que a uma das formas é por meio da Educação Continuada. A Educação continuada é um processo bastante dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, essa construção ocorre por meio do desenvolvimento do pensamento livre e também da consciência crítico-reflexivo, sendo que interação interindividual e coletiva possibilita à criação de compromisso pessoal e profissional, habilitando para a transformação da realidade [1]. Neste processo educativo percebemos a importância da Educação Continuada para promoção do ensino, dessa forma oportunizando meios de crescimentos para os profissionais da enfermagem. Considerando também a educação continuada como fundamental na implementação dos Procedimentos Operacionais Padrão, possibilitando o desenvolvimento do trabalho com qualidade, portanto um tranformador de realidades. **Conclusões.** O CME pela sua historia evolutiva, vem sempre acompanhando as tendências mais modernas, pode-se afirmar que está em franca ascendência. Considerado uma unidade vital na instituição Hospitalar, o CME necessita de funcionários preparados adequadamente para exercerem suas funções com qualidade, sendo fundamental o enfermeiro coordenar os processos aducativos para que esses objetivos sejam alcançados. Onde a educação continuada é um instrumento eficaz no processo da construção do conhecimento, embora seja desafiador pela sua complexidade a educação continuada é necessária. Nesta busca da exelência profissional, o POP é uma importante ferramenta para os procedimentos no CME, aliado a educação continuada, resultando dessa forma um trabalho padronizado com alta confiabilidade em seus processos, inserido definitivamente com as tendências tecnológicas e mercadológicas.

Referências

1. Amarílis Schiavon Paschoal, Maria de Fátima Mantovani, Marineli Joaquim Méier. **Percepção da educação permanente,continuada e em serviço paraenfermeiros de um hospital de ensino.** Rev Esc Enferm USP2007; 41(3):478-84. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/19.pdf. Acesso em 10/03/11

2. Dalora,Maria Eulália L.V., Forter,Aldaisa C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **MEDICINA RIBEIRAO PRETO 2008**: 41(2):135-42,abril/jun.

3.LEOPARDI,M. T. ; Niestsche,E.A.; Filho,W.D.L.;Gelbert,F.;Vaz.M.R.C.; Coelho,E.B.S.;Sartori,M,S,.; Assunção, M.A.; Faria,E.M. **Processo de Trabalho em Enfermagem**. Florionopolis: REPENSIL: ESPENSUL,1998.

4. Possari, J.F. **Centro de Material e Esterilização Planejamento e Gestão**. São Paulo-SP. Látria ,2003.

5.Práticas Recomendas SOBECC (**Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização)**. 5.edição São Paulo. SOBECC,2009.

158 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS: TENDENCIAS NA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Zanon, Bruna Pase
(Acadêmica do 4° semestre de enfermagem Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). E-mail: bbrunazanon@hotmail.com)

Silveira, Andressa da
(Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Mestranda do PPGENF da UFSM. Bolsista REUNI)

Neves, Eliane Tatsch
(Enfermeira Pediatra. Doutora em Enfermagem, Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM))

Descritores: Enfermagem pediátrica; Educação em saúde; Cuidado.

INTRODUÇÃO: O processo de cuidar em enfermagem pediátrica deve incluir a criança e sua família, considerando seus hábitos, cultura e a individualidade dos sujeitos. Salienta-se ainda, que após a alta hospitalar, a família deve ser orientada para que os cuidados e a atenção a criança sejam empregados no âmbito domiciliar. O processo de educação em saúde deve ocorrer durante a internação da criança para que no pós-alta a família esteja preparada para cuidar em casa. A enfermagem enquanto ciência comprometida com o cuidado científico tem consolidado seu espaço na educação em saúde. Sabe-se que o enfermeiro enquanto gerenciador do cuidado capacita sua equipe para o aprimoramento da enfermagem, orienta e instrumentaliza. Contudo, o processo de educação deve ultrapassar as extensões das redes hospitalares, e ir ao encontro daqueles que realizam o cuidado no âmbito domiciliar (SILVEIRA, 2010). A família é um sistema de saúde para seus membros. Possui um conjunto de valores, conhecimentos, práticas e crenças o principal pilar que sustenta as ações da família na promoção da saúde, na prevenção e no próprio tratamento da doença. É nesse sistema que ocorre todo o processo de cuidado, no qual a família toma as iniciativas necessárias frente às situações de doença, supervisiona, avalia, busca ajuda, estando continuamente atenta e disponível para cuidar (ELSEN, 1992). A expressão "família" pode ser compreendida como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família e que convivem por determinado espaço de tempo, com estrutura e organização para atingir objetivos comuns a fim de construir uma história de vida (ELSEN, 1992). Ressalta-se ainda, que os membros da família têm identidade própria, possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura, hábitos, instrução e nível sócio-econômico. Neste sentido o enfermeiro enquanto gerenciador do cuidado não deve impor modificações, mas mediar saberes. De acordo com Silveira (2010) com o passar do tempo, o conhecimento popular torna-se aprimorado pelos próprios membros da família que se empenham na prática de cuidado no domicílio. Neste sentido, incluir a família da criança nas rotinas e cuidados faz-se necessário. A atenção direcionada a criança e sua família são fundamentais quando se busca um cuidado efetivo que tenha continuidade no pós-alta hospitalar, neste contexto o profissional de enfermagem deve incluir a família nas práticas de cuidado a fim de proporcionar um cuidar mais humanizado e receptivo. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) no

inicio do mês de fevereiro de 2011. Utilizaram-se como descritores *família*, *enfermagem* e *cuidador* para localização das produções sem recorte temporal especificado. Com o primeiro descritor foram encontradas 2338 publicações no LILACS, 399 na BDENF e 52670 publicações no MEDLINE. Após o refinamento com os demais descritores foram achados 25 publicações no LILACS e 10 no MEDLINE. Primeiramente foi realizada uma pré-análise que se constituiu na leitura prévia dos títulos e resumos quando foram selecionados para análise quatro produções no LILACS, cinco na BDENF e uma no MEDLINE, totalizando 10 produções para análise descritiva-quantitativa e a seguir foi aplicada a análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Quanto aos sujeitos que compõem o estudo destacam-se cuidadores/familiares com 70%, seguido por crianças com 20% das produções, e por fim cuidadores e enfermeiros como sujeitos em 10% dos achados. Em relação ao cenário de estudo, predominou o ambiente hospitalar em 70% dos estudos, e o âmbito domiciliar em 30%. Em relação ao tipo de abordagem salienta-se que 60% das pesquisas são do tipo qualitativa, 10% quali-quantitativa, outros 10% quantitativa e 20% não estava descrito o tipo de abordagem utilizada nos resumos. **DISCUSSÃO:** A pesquisa qualitativa se demonstrou predominante no estudo. A expressão "pesquisa qualitativa" assume diferentes significados no campo das ciências sociais. Compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre o indicador e o indicado entre teoria e dados, entre contexto e ação (MAANEN, 1979a, p.520). O ambiente hospitalar é conhecido pela sociedade como um lugar frio, onde as pessoas não desejam permanecer por muito tempo. A estadia em hospitais, principalmente os que têm uma situação financeira precária, é muito difícil e dolorosa para as crianças. Segundo Chiattone *apud* Angerami (1998, p. 43), o trabalho desenvolvido junto às crianças hospitalizadas, mostra claramente o quanto se torna necessário uma urgente reflexão e consequente mudança quanto aos aspectos de saúde e doença vigentes, traduzindo uma nova abordagem na assistência à criança doente. Desde o momento da internação, a criança sente com a separação do seu ambiente habitual para uma internação que não lhe é explicada o motivo: a criança resta assistir a esse quadro desumano. Dificilmente lhe é dada à oportunidade de participar, de perguntar, de viver esse momento que apesar de momentos de solidão e sofrimento necessitando basicamente de apoio e carinho familiar. "No entanto, os profissionais de saúde ainda têm alguma dificuldade em reconhecer e considerar as necessidades afetivas da criança (CHIATTONE *apud* ANGERAMI, 1998). A maior parte dos obstáculos encontrados pela criança/adolescente durante a internação se anulam com a presença de um familiar, pois este irá transmitir afeto e confiança para a criança/adolescente hospitalizado. Para Valadares et al (2010) a família tem um importante papel na hospitalização de um individuo, pois é ela que vai proporcionar bem-estar e agir como interceptora do cliente com a equipe de saúde. Segundo Valadares et al (2010) a família muito pode contribuir para a recuperação do cliente hospitalizado, uma orientação do familiar em relação a rotina do setor; quando ele é informado sobre o que está ocorrendo com o familiar hospitalizado e quando há acolhimento e respeito por parte dos profissionais de saúde. A equipe de enfermagem deve refletir sobre o significado da família como potencializadora no processo de recuperação e bem-estar do cliente hospitalizado, reservando momentos onde seja possível inserir o familiar no cuidado tornando-o um participante ativo e facilitando as relações interpessoais. Acredito que a família pode agir como um catalisador, acelerando a recuperação do cliente. O domicílio tem-se constituído em espaço ímpar para a assistência profissional à família, pois é neste ambiente que é possível melhor conhecê-la e compreendê-la, assim como identificar suas necessidades de cuidado, uma vez que nele os indivíduos conseguem expressar mais facilmente suas crenças, práticas e

valores sobre saúde e doença (ELSEN, 1992). É um momento que tem para a família um significado de intensa alegria e felicidade, e cada um de seus integrantes tem um jeito especial de demonstrar os seus sentimentos. Creio que o ambiente domiciliar, se faz um local de abrigo e proteção, onde a criança/adolescente se sente acolhida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao refletir sobre o estudo, percebe-se que a existência de um familiar cuidador, para a criança hospitalizada, faz-se necessário. A hospitalização de uma criança causa na vida da família uma modificação temporária, uma nova situação estressora é criada involuntariamente pela doença. Percebe-se que a família tem um importante papel na recuperação da criança/adolescente, pois é ela que irá transmitir confiança e carinho, possibilitando uma melhora rápida da criança/adolescente hospitalizado. Deve-se reforçar que a presença da mãe ou outro responsável é um direito que deve ser respeitado e reconhecido como importante, e não simplesmente tolerado. Com a mudança de atitude os benefícios expostos têm tudo para serem revelados na prática.

Referências

ELSEN, I. **Um marco conceitual para o trabalho com famílias**. Florianópolis, SC. Gapefam/UFSC, 1992, p. 120.

ANGERAMI, V. A. **A psicologia no hospital**. São Paulo, SP. Pioneira, 1998, p. 96.

MAANEN, J, V. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface. **In Administrative Science Quartly**, v. 24, n. 4, p. 520-526, 1979.

VALADARES, V.G.; PAIVA; SILVA, D.R Estudos sobre o cuidado à família do cliente hospitalizado: Contribuições para enfermagem. **Rev. Rene**, v. 3, n. 11, p. 180-188, 2010.

SILVEIRA, A. **Tendências da educação em saúde com familiares cuidadores de crianças com doença crônica e/ou incapacitante.** 2010. 122 f. Monografia. (Especialização em Saúde Coletiva). Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, 2010.

159 ATIVIDADE GRUPAL COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM: VIVÊNCIAS EM GRUPOS OPERATIVOS

NARDINO, Janaine
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Centro de Educação Superior Norte RS - UFSM/CESNORS. Bolsista Fiex CESNORS. Relatora do Trabalho. E-mail jana.enfer07@yahoo.com.br)

SASSI, Marcelo Machado
(Acadêmico de Enfermagem da UFSM/CESNORS, Bolsista PET Enfermagem CESNORS)

HILDEBRANDT, Leila Mariza
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP, Docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFSM)

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUCRS, Docente do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora PET Enfermagem CESNORS/UFSM)

VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela USP, Docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFSM)

MARTINS, Ricardo Vianna
(Psicólogo, Doutor em Psicologia pela PUCRS, Docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFSM)

Descritores: Enfermagem; Saúde Mental; Saúde do Idoso; Prática de Grupo

Introdução: Este trabalho constitui-se em um relato das experiências vivenciadas a partir do projeto de extensão nominado *Atividade grupal como instrumento de inserção social: vivências de grupos operativos*, do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. O mesmo desenvolve ações em Grupos de Idosos de Palmeira das Missões, Grupos de Mulheres, vinculado à Estratégia da Saúde da Família do Bairro Lütz de Palmeira das Missões e o Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental e Gerontologia. Participam no projeto quatro docentes e 28 estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, incluindo uma Bolsista Fiex e um Bolsista PET Enfermagem CESNORS/UFSM. Entende-se que o município constitui-se o local de formular e operar políticas sociais. É nele que a intervenção das diferentes esferas se dá, onde as pessoas vivem e buscam atenção as suas demandas. Nesse cenário, a atenção a pessoas acometidas por enfermidade mental e idosos merece destaque por se tratar de estratos populacionais que ainda vivenciam exclusão. A atenção no campo psiquiátrico é influenciada por sua história, marcada por longos períodos de hospitalização em manicômios, estigmas e preconceitos experienciados pelas pessoas portadoras de transtornos mentais. Os idosos, por sua vez, também vivenciam segregação social. Estes comumente são excluídas do convívio social a partir da aposentadoria e muitas terminam suas vidas no espaço doméstico sós, na companhia de familiares ou, então, em instituições asilares, devido à dificuldade ou impossibilidade de convivência com a família. O período da II Guerra Mundial é determinante no questionamento dessa forma de operar com os doentes mentais e idosos, isto é, com o modo de funcionamento das instituições asilares. Nessa época, há discussões acerca dos direitos humanos e o resgate da cidadania, tornando-se cenário apropriado para o desenvolvimento de novas formas de intervenção no campo da saúde mental e da gerontologia (AMARANTE, 2009).

Hoje, a discussão sobre a assistência ao doente mental e ao idoso perpassa os diferentes segmentos sociais, com vistas à construção e solidificação de uma rede de cuidado a esses sujeitos, com amparo em legislações que orientam essa prática (BRASIL, 2004; BRASIL, 1994). Considerando esses aspectos, os grupos se constituem em uma ferramenta importante na atenção a pessoas com doença mental e idosos. As atividades de natureza grupal, desenvolvidas pelo projeto de extensão são de caráter operativo, comunitário e terapêutico, que tem como principal propósito a socialização. O grupo operativo centra-se na tarefa proposta. Um grupo é comunitário terapêutico quando beneficia a comunidade e tem por finalidade a melhoria de situações vinculadas a adoecimento, quer no plano, físico, quer no plano psíquico ou em ambos (ZIMERMANN; OSÓRIO, 1997). Outro aspecto importante a ressaltar diz respeito a inserção de docentes e discentes de enfermagem nos diversos grupos, conformando-se em um laboratório de aprendizagem. **Objetivo:** Descrever experiências vivenciadas a partir das atividades do projeto de extensão que desenvolve ações junto a grupos de idosos, grupo de mulheres portadoras de transtorno mental e Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental e Gerontologia. **Metodologia:** O grupo de pessoas portadoras de doença mental, composto por 12 mulheres com depressão, acontece em um salão comunitário, ao lado da Unidade de Saúde da Família do Bairro Lütz. Os critérios para a inserção dos integrantes no referido grupo é residir na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Bairro Lütz de Palmeira das Missões/RS, ser portador de doença mental, de caráter psicótico ou neurótico, cujos vínculos sociais se encontram fragilizados e desejar participar da atividade grupal. Os encontros são semanais, as quintas-feiras, das 14 as 16 horas. Para esse grupo, quatro estudantes de enfermagem desenvolvem as atividades, com a colaboração de um dos professores integrantes do projeto de extensão. As atividades realizadas têm como propósito a promoção de espaço de sociabilidade, por meio de atividades diversas como a confecção de enfeites decorativos, pintura em tecido, bordados, trabalho com argila, marcenaria, confecção de tapetes, leituras, produção de alimentos (bolachas, doces, bolos), jogos (bingo, cartas), atividades físicas, entre outras atividades combinadas com o grupo. Entende-se que a produção de uma peça artesanal pode reforçar a autoconfiança e fomentar potencialidades, muitas vezes adormecidas ou perdidas em função do adoecimento mental. Além disso, há a oferta de informações sobre assuntos de interesse das mulheres, como câncer de mama, câncer de útero, osteoporose, entre outros. Também são organizados passeios e, para tal, há a colaboração da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões que concede o ônibus para o transporte das integrantes do grupo. Ressalta-se, ainda, que há a participação de profissionais vinculados à Equipe de Saúde da Família colaboram no planejamento, organização e efetivação do grupo, constituindo-se em momento de interlocução ensino-serviço. Com relação aos grupos de idosos, há nove dos quais, sete são vinculados a Secretaria Municipal de Ação Social (cinco no meio urbano e dois no meio rural) e dois deles estão autonomamente estruturados. Todos possuem diretoria própria e as atividades desenvolvidas são similares. Todos os grupos encontram-se em espaço próprio ou cedido pela comunidade, cuja área física permite abrigar a todos, de forma sentada. Desse modo, há a inserção de quatro estudantes de enfermagem para cada grupo de idosos do meio urbano, ficando responsável por identificar os temas e as atividades de interesse dos idosos, para serem posteriormente trabalhados. Fica a critério dos estudantes preparar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro, sob orientação de um docente. Para o desenvolvimento das atividades junto aos idosos são utilizados recursos audiovisuais (data show, músicas, cartazes, peças anatômicas, entre outras), a depender do tema a ser abordado e da atividade de socialização a ser realizada. Além disso, são programadas técnicas de animação grupal que podem ser o mote impulsionador para as discussões das temáticas planejadas ou promover a integração do grupo. Ressalva-se que os encontros com os idosos são quinzenais, com duração de duas horas, nos locais

previamente estabelecidos. O Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental e Gerontologia conta atualmente com 22 estudantes e quatro docentes do Curso de Graduação em Enfermagem. É um grupo aberto, pois recebe novos membros na medida em que ocorre saída de integrantes do grupo. Os encontros acontecem quinzenalmente e tem como propósito estudar e discutir temas referentes ao campo da saúde, em especial saúde mental, gerontologia e grupos. Além disso, esses acadêmicos realizam a coordenação de grupos de idosos e grupo de mulheres do Bairro Lütz e organizam eventos. **Resultados:** O trabalho de natureza grupal permite o fortalecimento do vínculo entre as pessoas integrantes do grupo, por meio da troca de experiências e informações, se constituindo em espaço de socialização e de educação em saúde. Além disso, contribuiu na melhora da autoestima e da autoconfiança de seus integrantes. Identifica-se que há compromisso dos indivíduos em virem aos encontros e, em caso da necessidade de faltarem por motivos alheios as suas vontades, comunicarem ao grupo as razões das faltas. Também, percebe-se que falam de suas vivências e compartilham experiências, demonstrando satisfação em estar nesse local, o que, a cada encontro, fortalece o sentimento de pertença. Além do mais, quando se realiza atividades, observa-se o envolvimento das pessoas vinculadas ao grupo nas ações e a solidariedade em ajudarem-se entre si. Ressalta-se que essa modalidade de atenção vai ao encontro dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Política Nacional de Atenção ao Idoso. Outro aspecto significativo está relacionado à inserção de estudantes de enfermagem em atividades com grupos, por meio de uma proposta teórico-vivencial, contribuindo na sua formação acadêmica. **Conclusões:** Percebe-se que nos diferentes grupos há participação significativa das pessoas, envolvendo-se nas tarefas planejadas. Portanto, considera-se que a metodologia grupal proposta é válida, por proporcionar interlocução entre os diversos atores envolvidos, podendo, assim, re-significar suas vivências. Além disso, a forma de execução do projeto permite a inserção efetiva de estudantes de enfermagem e docentes, constituindo-se em uma proposta teórico-vivencial, o que fortalece a formação acadêmica e retroalimenta o ensino.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. **Brasília, 2004.**

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994.Brasília, 1994.

ZIMERMAN. D.E.; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

160 O ENFOQUE DAS PRODUÇÕES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO IDOSO

SILVA, Graciela Souza
(Acadêmica do Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem.Enfermeira. Integrante do Grupo de Pesquisa, Cuidado, Saúde e Enfermagem. Email: graci.ss@hotmail.com)

BEUTER, Margrid
(Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Professor do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem. Descritores: Saúde do idoso; Enfermagem; Cuidado)

PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon
(Professor do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

SANTOS, Naiana Oliveira dos
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

PREDEBON, Greice Roberta
(Enfermeira. Integrante do Grupo de Pesquisa, Cuidado, Saúde e Enfermagem)

CORDEIRO, Franciele Roberta
(Acadêmica do 8º Semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde, Cuidado e Enfermagem)

Descritores: Saúde do Idoso; Enfermagem; Cuidado.

Introdução: A população idosa tem aumentado de forma considerável nos últimos anos. Frente a isso, surgem importantes preocupações com as demandas específicas do indivíduo idoso, que embora façam parte do processo natural de envelhecimento, devem ser reconhecidas, avaliadas e atendidas por profissionais devidamente preparados (DIOGO; DUARTE, 1999). A saúde do idoso vem sendo preconizada desde a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), e se destaca através do Pacto pela vida, onde foram instituídas diretrizes como: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; a implementação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco; o fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS nas áreas da Geriatria e da Gerontologia; a divulgação e a informação sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso para gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS; e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006). Nessa perspectiva, a assistência de enfermagem à saúde do idoso tem como objetivo conseguir a manutenção do seu bom estado de saúde com a finalidade de atingir o máximo de vida ativa na comunidade e junto à família, com o maior grau possível de autonomia, de independência física, psíquica e social. E, assim, a enfermagem torna-se fundamental para o conjunto de programas de saúde para a população geral, não podendo ficar restrita a abordagem clínico-curativa, sendo evidente a necessidade dos profissionais e pesquisadores 'visualizarem' o idoso na produção de pesquisas e publicações desse conhecimento específico, a fim de contribuir para reorientar a prática do ensino e assistência na área

da enfermagem gerontológica (VEIGA; MENEZES, 2008). As produções da enfermagem revelam um avanço científico na atenção à saúde do idoso, consolidando-a como uma importante área do saber. **Objetivo:** Fazer um levantamento da produção científica da enfermagem, disponível *online*, a fim de verificar o enfoque das publicações de enfermagem referentes à saúde do idoso. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados da BDENF, LILACS e portal da SCIELO, no dia 05 de agosto de 2010. No levantamento de dados utilizaram-se os descritores 'saúde do idoso' e 'enfermagem', obtendo-se um total de 26 publicações. Para seleção das produções científicas foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos dos estudos científicos em que se excluíram as produções repetidas em mais de uma base de dados, as de língua inglesa e as que não disponibilizaram *online* o texto completo. A amostra do estudo foi constituída de 17 publicações completas. Todas as produções foram integralmente lidas e os dados foram registrados de acordo com instrumento de coleta contendo os seguintes itens: título, autoria, ano de publicação, tipo de publicação, tipo de estudo, idioma, local de realização do estudo, amostra estudada, objetivos da pesquisa e contribuições do estudo para realização da análise das publicações. **Resultados:** Partindo da análise das 17 publicações completas encontradas, evidenciou-se que quanto ao tipo de estudo, 08 eram artigos de pesquisas, 04 caracterizaram-se com artigos de revisão, 02 estudos eram reflexões teóricas, 02 relatos de experiência e uma dissertação de mestrado. O ano de publicação das produções encontradas foi de 2005 a 2010, sendo 2008 o ano que concentrou o maior número de publicações, obtendo-se um total de 05 estudos. A maioria dos estudos foi realizada no nível de atenção primária. Sendo, que apenas dois estudos foram realizados em ambiente hospitalar e englobaram os cuidadores dos idosos. Os trabalhos abordaram temas diversos sobre a saúde do idoso como: a política de atenção ao idoso foi tema de uma das publicações que analisou a Política Nacional de Atenção ao Idoso (PNAI) evidenciando o papel da enfermagem no processo de cuidar no ciclo de vida. Outro estudo pesquisou a história das políticas de saúde na atenção aos idosos destacando as estratégias de cuidado voltadas para o empoderamento da pessoa idosa. Destacou-se no estudo o enfoque sobre a promoção da saúde através da participação dos idosos em grupos de biodança, de terceira idade, e em trabalhos voluntários, verificando-se benefícios biológicos e psicossociais para os idosos participantes, constituindo-se em ambientes facilitadores de ações de educação em saúde. Também, foram observados estudos sobre doenças crônicas e depressão, enfocando os fatores de risco e eventos psicossociais precipitadores dessas doenças. Assim como, foram abordadas as estratégias de enfrentamento às situações adversas por idosos com doenças crônicas ou depressão, destacando como situações adversas a morte e o *déficit* de suporte social, e como enfrentamento: a fé, a família, a sabedoria, a vida e a busca por serviços de saúde. O significado do envelhecimento foi investigado em diferentes estudos, revelando dicotomias do imaginário sobre o envelhecer, mostrando que os idosos do meio rural têm uma percepção positiva acerca do envelhecimento, comparando aos mitos do meio urbano. Outro aspecto avaliado foi a importância da atuação equipe da multiprofissional e da enfermagem na adesão dos idosos à terapia medicamentosa no tratamento das doenças crônicas. Ainda, em outra pesquisa, evidenciou-se a necessidade de acompanhamento sistemático dos idosos, pois a maioria dos estudados apresentou comprometimento nas atividades de vida diária. A comunicação entre idosos com demência e cuidadores também foi abordada, destacando a necessidade dos profissionais de enfermagem em orientar os cuidadores para que a comunicação se dê de forma efetiva. Ressalta-se que a comunicação com os idosos é o aspecto central na educação/orientação da enfermeira gerontológica (SANTANA et.al, 2008). **Conclusão:** Com base nesses resultados, evidenciou-se que a produção da enfermagem referente à saúde do idoso está envolvida com várias temáticas, principalmente ligadas à atenção primária da saúde, correlacionando a prática profissional e a vida diária desses indivíduos. Isto demonstra

comprometimento dos profissionais da enfermagem com a prevenção e promoção da saúde na área gerontológica, de acordo com o que está preconizado nas políticas públicas de atenção ao idoso. Porém, com a crescente demanda desta área de atenção à saúde, faz-se necessária uma maior produção de conhecimentos específicos para o reconhecimento e a consolidação deste campo de atuação profissional, a fim de suprir as múltiplas e complexas necessidades dessa população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Série A. Normas e Manuais Técnicos, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa - Cadernos de Atenção Básica, n. 19 - Brasília: Ministério da Saúde,192 p., 2006.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. de O. O envelhecimento e o idoso no ensino de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual a uma proposta de conteúdo programático. **Rev. Da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.33, n. 4, p. 370-376, dez., 1999.

FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200024&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 5 agosto 2010.

SANTANA, R.F; FIGUEIREDO, N.M.A; FERREIRA, M.A; ALVIM, N.A.T; A formação da mensagem na comunicação. **Rev. Texto e Contexto**, v.17, n.2, p. 288-96, 2008.

VEIGA, Kátia Conceição Guimarães; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. **Rev. esc. enferm. USP, São Paulo**, v. 42, n. 4, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000400020&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 05 agosto 2010.

161 O PROCESSO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PRINCIPAIS DIFICULDADES ENCONTRADAS

TOLFO, Fernando
(Autor/Relator. Enfermeiro do Pronto-Socorro Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria)

LIMA, Ana Claudia Soares de
(Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM. Bolsista FIPE 2008)

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
(Professora Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Vice-Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria)

PROCHNOW, Adelina Giacomelli
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM)

Descritores: Enfermagem; Enfermagem do Trabalho; Relações Interprofissionais

O seguinte trabalho trata-se do desdobramento de um projeto de pesquisa qualitativo realizado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no ano de 2008, financiado pela FIPE/UFSM, com o objetivo de caracterizar o perfil da força de trabalho dos enfermeiros que atuam neste local. Há uma relevância no sentido de traçar o perfil e outras características dos recursos humanos na área da saúde, principalmente dos enfermeiros, pois, este é também relevante para o gerenciamento de serviços de saúde. Sua importância se faz, pois, o contingente humano é determinante na produção de atenção à saúde e se constitui objeto de intervenção caracterizado pela complexidade (SILVA e PEDUZZI, 2005). Os trabalhadores do hospital têm como rotina cuidar de pessoas doentes, mais ou menos graves, com possibilidades ou não de reabilitação. O serviço de enfermagem deve prover cuidados contínuos aos clientes que procuram os serviços de assistência à saúde, no desenvolvimento de atividades de maior ou menor complexidade, o que é fator gerador de grande ansiedade. Dentro dos questionamentos feitos durante a entrevista semi-estruturada, foi relevante as respostas dos profissionais referentes às dificuldades encontradas no processo de trabalho, tanto na falta de recursos materiais como na falta de recursos humanos e relação entre a equipe multiprofissional. Essa questão foi bastante discutida durante as entrevistas e promoveu um diálogo maior entre o entrevistador e o entrevistado na maioria das vezes. Os sujeitos participantes do estudo foram 88 enfermeiros, todos da organização hospitalar, englobando todas as unidades de internação, sendo esses pertencentes ou não ao quadro efetivo da instituição. Sobre as principais dificuldades encontradas no processo de trabalho no ambiente hospitalar, a maioria dos entrevistados, 31,8% (n=28), reclamaram da falta de funcionários, o que segundo eles, sobrecarrega a equipe. Um dos fatores que reflete na escassez dos profissionais é o elevado número de afastamentos por atestados e licenças de saúde, que muitas vezes é o resultado de uma grande sobrecarga de tarefas e/ou jornada dupla de trabalho. Quanto ao dimensionamento do quadro do pessoal de enfermagem não se pode deixar de destacar a Resolução do COFEN Nº. 293/2004, a qual fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro dos profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados (COFEN, 2008). No que se refere a importância dos recursos humanos na área da saúde, a área da enfermagem constitui de acordo com Duarte, Angerami, Gomes e Mendes (2000), cerca de 50 % da força de trabalho na área da saúde que atende a população. Destes, 8,5 % são enfermeiros. Outro fator de

relevância para os enfermeiros 26,1% (n=23), é falta de recursos materiais, de equipamentos velhos ou desatualizados. Isso pode ser resultado do fato de ser um hospital público, com a maioria dos funcionários ocupando um cargo público. Muitas vezes a equipe não toma o devido cuidado com os materiais, disperdiçando-os desnecessariamente, acarretando assim a deficiência destes. Em geral, o processo de cuidar torna-se frustrante, sobretudo por causa das dificuldades decorrentes das condições de trabalho. O que se observa é que, ante a escassez de recursos materiais e humanos, os profissionais acabam fazendo o melhor que podem, mas isso culmina em prejuízo para a qualidade do cuidar. Além disso, 29,5% (n=26) relataram dificuldade nas relações interpessoais, não apenas com a equipe de enfermagem, mas principalmente entre as equipes. Outros 22,7% (n=20) entrevistados falam da falta de gestão de pessoas ou carência da mesma, o que gera a sobrecarga de trabalho. O enfermeiro ocupa um papel central em relação a equipe multiprofissional, pois ele é o elo de ligação entre os profissionais das diversas áreas, além de ser também a ligação entre a família, o paciente internado e esses profissionais. Isso muitas vezes acarreta uma carga de estresse elevada devido aos conflitos que podem surgir nessa interação. Esse papel central do enferneiro provém da sua função gerencial, onde é ele que conduz e capacita a equipe conforme as necessidades da unidade. CIAMPONE & KURCGANT (2004) afirmam que as diretrizes curriculares nacionais propõem que as competências específicas para preparar enfermeiros para o exercício da administração/gestão em enfermagem/saúde, são: planejamento e organização de serviços de enfermagem/saúde; gerência de serviços de enfermagem/saúde; gestão do trabalho enfermagem/saúde; planejamento e gestão financeira; gestão de recursos físicos e materiais; gestão da informação em enfermagem/saúde; desenvolvimento de política e planificação de propostas de atenção a enfermagem/saúde; gestão de processo de cuidar em enfermagem; elaboração de estratégias de avaliação, controle, auditoria e acreditação de serviços de saúde/enfermagem e coordenação da educação em serviço. Ainda, 19,3% dos entrevistados (n=17) citam outras dificuldades como o grande número de atestados, o estresse, a promoção em saúde, entre outras. Como já citado anteriormente, sobre a ligação doss atestados, com a falta de recursos humanos e o estresse resultante disso. O estresse e trabalho em relação ao exercício da enfermagem, têm propiciado vários questionamentos, suscitando o aparecimento dos poderem enfrentar adversidades, quando se tem capacidade e estímulo para isso. Esta abordagem faz com que o trabalho seja de fato um gerador de prazer, pois deixa de ser uma obrigação para ser algo que dá sentido a vida. Este é o sentido espiritual do trabalho, que resulta em uma visão construtiva e otimista do trabalho (Boog, 2005). O estresse causado no ambiente de trabalho gera desgaste físico e mental e insatisfação no trabalho para o profissional, levando-os ao afastamento da instituição.Diante dos resultados obtidos se faz necessário que se aumente as oportunidades de requalificação da Força de Trabalho em Saúde, seja na abertura de cursos de aperfeiçoamento, de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* e, de reeducação da força de trabalho. Objetiva-se assim, à garantia de recolocação no mercado, adaptando os profissionais e qualificando-os para enfrentarem as transformações do mundo do trabalho. Para que estas mudanças ocorram oferecendo-lhes mais qualidade de vida, necessário se faz que os governos invistam em políticas sociais básicas como: educação, saúde, trabalho e emprego justo, habitação, saneamento básico e urbanização. Refletir sobre estas questões no contexto hospitalar visa compreender o processo relacional no sistema de gestão dos serviços de saúde, o cotidiano dos trabalhadores a fim de modernizar e adaptar as estruturas organizacionais no intuito de prestar uma assistência de qualidade aos clientes e atingir os objetivos da instituição hospitalar.

Referências

BOOG, Gustavo G. **O que o trabalho significa para cada um de nós**. 2005. Disponível em: <http://carreiras.empregos.com.br/rh/colunistas/250402-boogtrabalho .shtm >Acesso em: 20 de março de 2010.

CIAMPONE, M. H. T.; KURCGANT, P. O Ensino de Administração em Enfermagem no Brasil: o processo de construção de competências gerenciais. Brasília (DF). *Revista Brasileira de Enfermagem.*V. 57, n.4, p.401-407, 2004.

SILVA, L.I.M.C.; PEDUZZI, M. Os recursos humanos de enfermagem da perspectiva da força de trabalho: análise da produção científica. **Rev Esc Enferm USP** 2005; 39 (Esp.): 589-96.

WALDOW, V.R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.

162 QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL DAS PARTURIENTES DO CENTRO OBSTÉTRICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

NEVES, Karen Schmitt
(Enfermeira, Especialista em Enfermagem Obstétrica /UFSM, Enfermeira CO/HUSM)

PANCIERA, Lurdes
(Enfermeira, Especialista em Gerência de Enfermagem/UFRGS, Coordenadora de Enfermagem da Área Materno-infantil/HUSM email: udinha10@gmail.com)

RODRIGUES, Berenice de O. Cruz
(Enfermeira, Mestre em Extensão Rural/UFSM, Enf./FATEC-CO/HUSM, Prof. Substituta DENF/UFSM)

ROSSO, Juliele
(Enfermeira, Especialista em Auditoria em Saúde/SEG-Sistema Educacional Galileu, Enfermeira CO/HUSM)

Descritores: Qualidade; Pré-natal; Parto.

A gravidez é um período de profundas mudanças no corpo feminino, envolvendo todos os sistemas, que se alteram fisiologicamente à nova condição, que tem seu início na primeira semana e se prolonga até o final da gravidez. A assistência no pré-natal constitui um recurso fundamental na prevenção e/ou controle de problemas de saúde podendo interferir na saúde da mulher em seu ciclo gravídico-puerperal, conseqüentemente contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e fetal. Essa assistência oportuniza e dispensa um cuidado integralizado à gestante, em um amplo contexto, em que se articulam os aspectos biológicos, sócio-econômicos, educacionais, políticos e familiares. A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e para um nascimento humanizado. A consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as necessidades da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. O principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006). Segundo o Ministério da Saúde, estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal, desenvolvendo algumas ações mínimas como: captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal; escuta da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas; atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias; anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante; exames laboratoriais; imunização antitetânica; avaliação do estado nutricional da gestante; tratamento das intercorrências da gestação; classificação de risco gestacional e atendimento às gestantes classificadas como de risco, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar

especializado (BRASIL, 2006). Mesmo assim, apesar da existência de políticas públicas que incentivam e orientam ações preventivas e promocionais a serem realizadas na assistência pré-natal, altas taxas de morbimortalidade materna ainda permanecem como um desafio a vencer. Ressalta-se que o oferecimento de uma atenção qualificada está na dependência do desempenho qualificado por parte dos profissionais de saúde que assistem às mulheres na sua gestação, bem como do comprometimento dos gestores com o cumprimento de preceitos legais, garantindo a oferta de serviços capazes de atender a esta demanda, tanto nos aspectos quantitativos e acima, de tudo, qualitativos. Ainda, cabe ressaltar que muitas complicações clínico-obstétricas não prevenidas, identificadas e tratadas durante o pré-natal podem determinar a necessidade de um parto cesáreo. Monteiro et al (2009), referem que a cesariana é um procedimento obstétrico fundamental que tem efeito direto na morbidade e mortalidade materna e neonatal, reduzindo-as quando bem indicada e bem executada, com indicações específicas, e aumentando-as quando mal indicada e mal executada. Os mesmos autores ressaltam que a incidência de cesárea é fenômeno global, comum a quase todos os países do mundo. Mas enfatizam que não encontram nenhum outro país onde as taxas sejam tão elevadas quanto no Brasil. A OMS recomenda que apenas 15% dos partos sejam por cesárea. No entanto, segundo o Ministério da Saúde, houve um aumento no número de nascidos vivos por parto cesáreo na maioria dos estados brasileiros. Em 2004, 41,8% dos nascimentos foram por parto cesáreo (Brasil, 2004). Por tudo isso e a partir de situações vivenciadas no cotidiano de um serviço de atenção ao parto e nascimento, justiça-se a realização desse estudo, com o objetivo de verificar o número de consultas de pré-natal realizadas pelas parturientes atendidas em 2010 no Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria (CO/HUSM). Além disso, procurou-se relacionar o número de consultas de pré-natal ao tipo de parto. Para tanto, foi realizada uma pesquisa quantitativa do tipo exploratória. A população foi constituída de todas as parturientes atendidas no CO/HUSM em 2010. Os dados foram coletados no mês de abril de 2011, a partir do Sistema de Informação do Serviço de Estatística do HUSM. A organização e apresentação dos dados constituíram-se de cálculos de percentagens a partir de números absolutos. Os resultados demonstraram que em 2010 ocorreram 1776 partos no CO/HUSM, sendo que 801 (45,1%) foram de parturientes sem nenhuma consulta de pré-natal; 34 (1,9%) com 1 consulta; 44 (2,5%) com 2 consultas; 70 (3,9%) com 3 consultas; 92 (5,2%) com 4 consultas; 116 (6,5%) com 5 consultas; 130 (7,3%) com 6 consultas e; 489 (27,5%) com 7 consultas ou mais. Além disso, dos 1176 partos realizados, 1095 (61,6%) foram partos cesáreos, sendo que destes 471 (43%) parturientes não haviam realizado nenhuma consulta de pré-natal; 228 (20,8%) tiveram de 1 a 5 consultas e; 396 (36,1%) com 6 consultas ou mais. Tais números demonstram que dentre as parturientes que tiveram parto cesáreo, 63,8% não realizaram pré-natal ou não realizaram o mínimo de 6 consultas. Esses dados preliminares, que terão sua análise e discussão aprofundadas na apresentação desse trabalho, permitiram concluir que o número de parturientes atendidas no CO/HUSM em 2010, com 6 ou mais consultas de pré-natal, conforme preconiza o Ministério da Saúde, foi de apenas 34,8%. Verificou-se ainda, que o número de cesáreas foi elevado (61,6%), podendo estar relacionado diretamente a não realização de pré-natal (43%) ou a não realização de no mínimo 6 consultas (20,8%), ou seja, das 1095 cesáreas realizadas, 63,8% foram de parturientes sem a adequada realização de pré-natal. Diante desse contexto, emergem alguns questionamentos, que devem resultar em novos estudos que permitam o planejamento de intervenções com vistas à mudança dessa realidade: Qual a procedência das parturientes atendidas no CO/HUSM? Como está organizada a rede de serviços na atenção básica para a realização de pré-natal? Como está o comprometimento dos gestores e profissionais de saúde quanto ao cumprimento de preceitos legais como a oferta de serviços de pré-natal qualificado e humanizado? Quais as conseqüências advindas desse elevado número de parturientes sem pré-natal? Qual a relação do elevado número de cesáreas com a não realização de

pré-natal? Com está a morbimortalidade materna e neonatal no município de Santa Maria? Estas são apenas algumas questões a serem aprofundadas, ressaltando que são necessárias ações imediatas para a mudança desse cenário com vistas à prevenção de agravos e complicações materna e neonatal em nosso município.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada.** Brasília: 2006. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf Acesso em 23 de abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.**Saúde Brasil 2004:** uma análise da situação de saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo2_sb.pdf Acesso em 22 de abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Informática do Sistema Único de Saúde – Datasus. **Sistema de informações sobre nascidos vivos (SINASC).** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11993 Acesso em 23 de abril de 2011.

MONTEIRO, D. L. M. *et al*. **Gravidez e Adolescência.** Rio de Janeiro: Revinter, 2009.

163 REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA

TEIXEIRA, Arthur Alves de
(Acadêmico do 8ºsemestre da faculdade de enfermagem – Fen da Universidade Ferderal de Pelotas-UFPEL. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde mental. Relator arthurteixeira89@yahoo.com.br)

HEIN, Rita Carolina Barros
(Acadêmico do 8ºsemestre da faculdade de enfermagem – Fen da Universidade Ferderal de Pelotas-UFPEL. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde mental)

GALARRAGA, Fábrica Sarine
(Acadêmico do 7ºsemestre da Fen-UFPEL)

PALAGI, Sofia
(Acadêmico do 7ºsemestre da Fen-UFPEL. Bolsista PET-Saúde)

FRANCHINI, Beatriz
(Prof. Assistente UFPel - Mestre em Saúde Publica.)

Descritores: Atenção Básica; Saúde Mental; Usuários de Drogas.

Introdução: A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos e a reabilitação e a manutenção da saúde. A unidade básica de saúde (UBS) estabelece vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Além disso, é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. O foco da Atenção Básica é considerar o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade, na inserção sócio-cultural e buscando minimizar sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Para os usuários, a atenção básica, é a principal porta de entrada e o contato preferencial com os sistemas de saúde(BRASIL, 2011). Desta forma, é essencial que este "sistema" mantenha uma comunicação com os demais serviços de saúde, para desta maneira garantir a continuidade do cuidado, através dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS): integralidade, universalidade, participação social, equidade. Seguindo esta linha de pensamento, percebe-se a necessidade de que haja esta troca de informações entre todos os serviços de saúde. Tal lógica também deve ser contemplada no planejamento de ações voltadas para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. A constatação de que tal uso tomou proporção de grave problema de saúde pública no País demonstra-se nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Lembrando que esta realidade encontra equivalência em território brasileiro. No Brasil, o Ministério da Saúde reconhece a dimensão, transversalidade, heterogeneidade do problema do consumo de drogas; a necessidade da busca de

novas estratégias de contato e de vínculo com a pessoa usuária e seus familiares e, também, a falta de preparo de profissionais para lidar com o uso abusivo de álcool e outras drogas(BRASIL, 2004). A visível falta de habilidade e de sensibilidade de profissionais de saúde para lidar com problemas relacionados ao abuso e dependência de substâncias indica que as tradicionais ferramentas e ações voltadas para a promoção, prevenção e tratamento, principalmente no âmbito da atenção básica, não estão dando conta do problema, o que requer mudanças na formação e qualificação dos profissionais, bem como nas estratégias de ação para a população alvo (OLIVEIRA et al, 2010). O Programa de Redução de Danos (PRD), visa trabalhar para minimizar os efeitos danosos do uso de substâncias psicoativas, aos usuários que não querem ou não conseguem para de usar drogas, ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los. Assim, o critério de sucesso de uma intervenção não segue a lei do "tudo ou nada", pois são aceitos objetivos parciais, as alternativas não são impostas de "cima para baixo", por leis ou decretos, mas são desenvolvidas com a participação ativa da população beneficiária de intervenções horizontais, como propõem as diretrizes e princípios do SUS. Além disso, oferece melhores meios para que possam rever a relação de dependência, orientando-os tanto para um uso menos prejudicial, quanto para a abstinência, conforme o que se estabelece a cada momento para cada usuário. Sendo assim, a RD apresenta-se como uma estratégia em saúde pública questionando consensos colocados de antemão em torno do usuário e das drogas e reconhecendo diferentes relações de uso de drogas, uma vez que há a disposição de escutar quem está envolvido com o uso de drogas, possibilitando o reconhecimento da função que esse uso ocupa em sua vida. Portanto, estamos entrando em uma nova era com relação às concepções de saúde, buscando superar a compreensão higienista, desde uma postura que não julga, mas constrói condições de superação de obstáculos, a partir de cada realidade. Apesar disso, muitos usuários e até mesmo profissionais da área da saúde são preconceituosos, e as vezes desconhecem este tipo de serviço(CONTE et AL, 2004). Sendo assim, o objetivo deste trabalho é focar na importância da comunicação entre os diversos serviços de saúde, em especial o elo entre as UBS e o PRD. **Metodologia:** Este trabalho, trata-se de uma reflexão desenvolvida por acadêmicos de diferentes semestres da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), sendo alguns participantes do Programa de educação pelo Trabalho para a saúde (PET)/Saúde Mental - crack, álcool e outras drogas. Este programa pretende estimular a formação de grupos de aprendizagem tutorial para atuar na atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas, dentro do SUS, além disto, objetiva a qualificação dos profissionais da rede de atenção psicossocial e estudantes da área da saúde, através da inserção no serviço e do desenvolvimento da pesquisa em relação a atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas. Tendo isto em vista, este trabalho aborda a relevância, a necessidade e os benefícios que a comunicação entre os serviços de saúde promove aos usuários. **Resultados e discussões**: Seguindo os princípios do SUS, todos os profissionais da saúde em geral podem e devem atender aos usuários da saúde mental, ou seja, todo portador de sofrimento psíquico, incluindo os usuários de drogas, não reservando esse atendimento somente ao campo dos especialistas(CONTE et AL, 2004). Entretanto, como acadêmicos tivemos a oportunidade de conhecer diferentes unidades básicas de saúde/ESF e assim perceber a deficiência deste tipo de atendimento, muitas vezes acarretando ao esquecimento deste usuário, já que a maioria das UBS não possuem especialistas na área,sendo assim atendidos por um clinico - geral, encaminhado para outro serviço e, na maioria das vezes perdendo o vínculo com este paciente. Então, basicamente trata-se de uma mudança da lógica das especialidades para a lógica da integralidade, vislumbrando a possibilidade de promover saúde física, mental e cidadania em toda ação em saúde(CONTE et AL, 2004). Contudo, para que isso aconteça é preciso que haja uma compreensão de alguns profissionais da saúde nas UBS, para que assim atendam de forma igualitária todas as pessoas que necessitam de atenção na sua área de atuação. Outra carência

enfatizada é a falta de comunicação dos demais serviços de saúde com os de saúde mental. Neste trabalho, o foco é em especial, a falta de comunicação entre o PRD e as UBS, sendo possível perceber no dia-a-dia das unidades que os usuários de drogas e os dependentes químicos são rejeitados, ou até mesmo ignorados pelos profissionais de saúde, ou seja, não é realizada a busca ativa, para que desta maneira se investigue como está a saúde como um todo destes usuários, deixando os mesmos a cuidados somente do PRD, quando estes conseguem ser contactados, já que é o único programa que vai ao encontro dos usuários que não procuram os serviços de apoio. No entanto, as equipes das ESF, poderiam realizar atividades como grupos operativos, oficinas de criatividade, assembléias, visitas domiciliares, oficina de geração de renda, passeios na cidade, acompanhar os usuários em viagens, recreação e festas, de acordo com a capacitação e a habilidade do trabalhador de saúde e do desejo dos usuários (CONTE et AL, 2004). **Conclusão:** Com a nova organização dos serviços que ressalta a importância das reuniões de equipe, de estudos, da integração entre gestão, educação, atenção e a participação social (trabalhadores e usuários) no planejamento das ações, do respeito aos direitos dos usuários, enfim, cria condições para que o sujeito venha a exercitar o cuidado de si e a desejar um projeto de vida, em lugar de o Estado impor o acesso a seus direitos como um dever. Sendo assim, quando a busca pelo serviço de saúde for necessária, o atendimento ocorra de forma digna e sem discriminação (CONTE et AL, 2004).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ Aids. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0277_%20M.pdf. Acesso em 16 Mar. 2011

CONTE, Marta; MAYER, Rosa T. da R.; REVERBEL, Carmem et al. Redução de danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. Boletim da Saúde. Vol 18., n. 1. Porto Alegre. 2004. Disponível em: http://www.esp.rs.gov.br/img2/v18n1_07redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20danos.pdf. Acesso em 01 Abr. 2011.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; MCCALLUM, Cecília Anne; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Sept. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300009&lng=en&nrm=iso . Acesso em 04 Abr. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPEVA. Atenção Básica: A porta de entrada do Sistema de Saúde. Disponível em: http://www.itapeva.sp.gov.br/secretaria/saude/atencao-basica/. Acesso em: 09 Abr. 2011.

164 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO À NÍVEL DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva
(Enfermeiro. Especialista em Saúde Coletiva, Gestão Educacional, Educação Ambiental e Tecnologias da Informação e da Comunicação Aplicadas à Educação. Residente do Programa de Residência Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM)

VICARI, Tais
(Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: taisvicari@yahoo.com.br)

Descritores: Integração docente-assistencial; Atenção Básica à Saúde; Estudantes de Saúde Pública.

Introdução: O movimento da Reforma Sanitária levantou a necessidade de mudança do modelo assistencial predominante no Brasil e das políticas públicas, da reestruturação da gestão e do reconhecimento e formação dos recursos humanos para a saúde. Pois, considerava esses aspectos importantes para a construção de um sistema de saúde efetivo de acordo com a realidade brasileira. Nesse sentido, em 1988, um dos pontos enfatizados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi a importância da formação profissional articulada com a realidade brasileira. Para tanto, propunha a articulação do sistema formador com o prestador de serviços. Nesse sentido, a Lei das Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional para a educação superior aponta como finalidade da graduação, nas diferentes áreas da saúde, a formação de profissionais capacitados a atuarem na realidade sócio - sanitária brasileira, colaborando no processo de mudança e desenvolvimento do sistema de saúde do país (BRASIL, 1996). Em consonância, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) enfatizam a formação de profissionais aptos para a aprendizagem contínua, tanto na sua formação quanto na sua prática, e que se envolvam não somente no seu aperfeiçoamento profissional, como também, na formação das futuras gerações profissionais (BRASIL, 2001). Dessa forma, o ensino não deve estar desvinculado da prática profissional. Pois é a vivência da realidade de trabalho no cotidiano do serviço de saúde que permite que o graduando contextualize o que é aprendido em aulas teóricas, reflita sobre a importância de suas ações para a qualidade de vida dos sujeitos, para a realidade sócio – sanitária da população e para a mudança e melhoria do sistema de saúde brasileiro. Ainda nesse sentido, no ano de 2005 através da lei nº 11.129 foi instituído o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde no intuito de qualificar os profissionais da saúde para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Em consonância, no ano de 2007, a portaria Interminiesterial nº 45 reconheceu a Residência Multiprofissional em Saúde como curso de especialização caracterizado por ensino em serviço. Assim, ficou definido que esse programa de residência tem a finalidade de atuar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS integrando práticas e saberes das profissões envolvidas, buscando qualificação da atenção e integração ensino-serviço para potencializar a formação profissional e a qualidade de trabalhadores para o SUS. No município de Santa Maria, a Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RIS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) desenvolve suas atividades na rede de serviços de saúde, estando inserida nos espaços da gestão, atenção básica e hospitalar buscando articular suas ações às da graduação e pós-graduação. Conta com profissionais de diferentes núcleos do conhecimento, tais como, enfermagem, nutrição, fisioterapia, psicologia, farmácia, odontologia,

educação física, terapia ocupacional, fonoaudiologia e serviço social. Na ênfase da Atenção Básica tal programa de residência atua nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) Roberto Binato, Maringá e São José. Essas três ESF são campo de aulas práticas de alunos de graduação de instituições de ensino superior do Município, são elas: a UFSM e o Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). **Objetivos:** este relato de experiência visa dar visibilidade e trazer ao conhecimento o trabalho que é realizado diariamente pela RIS/UFSM, no nível de atenção básica, juntamente com os profissionais do serviço, os docentes e com os graduandos das instituições de ensino do Município. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência do trabalho da RIS/UFSM na tentativa de construção de metodologias de trabalho e de estratégias para integrar o ensino e o serviço, visando a qualificação da formação profissional e da assistência aos usuários atendidos nas referidas unidades de ESF. Para reflexão e contextualização teórica, foi realizada busca de bibliografias em diferentes bases de dados. **Resultados:** a RIS na atenção básica à saúde busca desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e assistência à saúde dos indivíduos e suas famílias e a comunidade adscrita às unidades de ESF. A lógica de trabalho baseia-se no matriciamento, no desenvolvimento de planos terapêuticos singulares (PTS), na interconsulta, na integração ensino-serviço, mas principalmente nos princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, ao desenvolver as ações nas unidades de referência, busca-se integrar as ações com os alunos e docentes que também estão inseridos nos campos de prática. Tal integração ocorre de diferentes formas de acordo com o núcleo de conhecimento, disciplina curricular e nível de desenvolvimento do curso por parte dos graduandos. São realizadas visitas domiciliares, participações em grupos, acompanhamentos de procedimentos, discussões de casos e de temas pertinentes ao serviço e formação profissional, consultas (de acordo com o núcleo profissional), atendimentos e supervisões de estágio de graduação. Todas essas ações são desenvolvidas conjuntamente de acordo com a presença e disponibilidade dos graduandos, docentes, profissionais dos serviços e residentes durante os turnos de trabalho. Assim, é possível observar que esses momentos de integração trazem inúmeros benefícios para os envolvidos. Para os graduandos, pois podem contextualizar os conhecimentos aprendidos em aulas teóricas, perceber os reflexos de suas práticas na qualidade de vida dos usuários e da comunidade, entender a estrutura do serviço e da gestão do sistema de saúde e vivenciar uma diferente lógica de ensino/trabalho. Para os profissionais do serviço, pois ressignificam seu papel profissional quando percebem a importância do seu conhecimento e de suas vivências na formação de novos profissionais e reconhecem a necessidade da educação permanente. Para os docentes, que ao se aproximar da prática podem desenvolver novas formas de olhar a realidade, refletindo na forma de ensinar. Para os residentes, pois possibilitam o enriquecimento das práticas ao desenvolver uma nova metodologia de trabalho em saúde, gerando crescimento profissional aos envolvidos nesse processo e melhor qualidade de atenção aos usuários do sistema. Para os usuários acompanhados, que podem experimentar uma lógica de cuidado integral, centrada na promoção de saúde, prevenção de agravos e de assistência multiprofissional. **Principais conclusões**: dessa forma, pode-se concluir que a RIS atua na integração ensino-serviço no sentido de aproximar os trabalhadores do serviço na formação dos graduandos e de trazer um sentido maior às práticas desenvolvidas pela graduação em campo. Assim, a formação profissional para a atuação no SUS torna-se mais qualificada e contextualizada, os profissionais do serviço reafirmam sua importância na formação profissional, os docentes podem repensar as metodologias de ensino e os usuários recebem uma atenção mais integral e qualificada.

Referências

BRASIL. Ministério de Educação/Câmara de Educação Superior. DF. Diretrizes Curriculares Nacionais de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator); Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida. Processo(s) n. 23001.000245/2001-11. Aprovadas Parecer CNE: ces 1133/2001. Homologadas: 1º/10/2001. Resolução; CES 03/2001.

_____. Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996.

_____. Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Brasília, DF, 2005.

_____. Diário Oficial da União. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 2007.

165 CLUBE DA AMIZADE: UM ESPAÇO TERAPÊUTICO DE CONVIVÊNCIA

HEINRICH, Juliane.
(Terapeuta Ocupacional, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade. Email: juheinrich@hotmail.com)

CORTES, Laura Ferreira.
(Enfermeira, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Núcleo de Estudos sobre Mulheres, Gênero e Políticas públicas e do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade)

SANTOS, Maria de Lurdes Pinheiro dos.
(Pedagoga, técnica de enfermagem do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Santa Maria)

MACHADO, Katiusci Lehnhard.
(Psicóloga, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade)

SALVADOR, Luciane de Arruda.
(Terapeuta Ocupacional, residente multiprofissional. Área de Concentração Saúde Mental. Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade)

TERRA, Marlene Gomes.
(Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem/UFSM na área de Saúde Mental. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade).

Descritores: saúde mental; psiquiatria comunitária; enfermagem em saúde comunitária; terapia ocupacional; psicologia em saúde.

Introdução: No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem início na década de 1970, tem indicado novos caminhos, formas de tratamento e intervenções em saúde mental. Este processo de mudança é compreendido como um conjunto de transformações nas práticas, saberes, valores, na cultura e sociedade. É no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005). Neste sentido, o modelo asilar dos hospitais psiquiátricos vem sendo gradualmente substituído pelo tratamento em sistema aberto ou extra-hospitalar. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os centros de convivência, hospitais-dia, ambulatórios, residenciais terapêuticos e outros espaços têm integrado esse processo. Assim, novas formas de trabalho são propostas, visando-se, com isto desconstruir a lógica da exclusão, da contenção e do aprisionamento a qual alicerçava o hospital psiquiátrico. Isto vem se concretizando a partir da introdução de novas modalidades de intervenção no tratamento de saúde mental. O discurso da cidadania entende o portador de sofrimento psíquico como um cidadão capaz de interagir com a sociedade e de circular em seus espaços, nos quais a comunidade também circula. Dessa forma, foram inseridas atividades com fins terapêuticos na instituição psiquiátrica, as quais, inicialmente, eram realizadas com o propósito de disciplinar e reabilitar o doente mental. Com a ascensão dos direitos humanos, e a implementação da lei nº 10.216 de abril de 2001, que propõe movimentos para a ressocialização e a desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquico, começou-se a pensar o doente mental como cidadão, sujeito de direitos e deveres, num processo de reconstrução

da lógica assistencial. Hoje, as oficinas terapêuticas constituem-se em novas práticas, propostas de inserção social nos hospitais psiquiátricos, num espaço de convivência, criação e reinvenção do cotidiano nessas instituições (MENDONÇA, 2005). Neste contexto, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) vem desenvolvendo atividades sócio-terapêuticas nos serviços de psiquiatria há algumas décadas, embora, por vezes, estas atividades tenham passado por algumas dificuldades em sua realização. Com o olhar de reconstrução da lógica assistencial o Serviço de Ambulatório da Psiquiatria do HUSM, em especial o Clube da Amizade, está inserido neste processo de reformulação dos dispositivos de tratamento em saúde mental, à medida que desenvolve um trabalho, há mais de dez anos, pautado na realização de oficinas terapêuticas e trabalhos pedagógicos com a participação de, em média diariamente, 15 usuários vinculados ao serviço. Trabalho este que, a partir do ano de 2010, passa a ser realizado em parceria com residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada (PRMI) em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Dessa forma, inicia-se um trabalho embasando-se no referencial de oficinas terapêuticas que são dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental as quais não se apresentam apenas como uma forma inaugural de lidar com a loucura, mas também pelo fato de intervir no campo da cidadania. Atuam no âmbito social e contribuem como a possibilidade de transformação da realidade no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico (VALLADARES et al, 2003). Neste sentido, as oficinas possibilitam estratégias para a superação dos desafios da Reforma Psiquiátrica, bem como fortalecem os processos de reabilitação e reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico grave. **Objetivos:** Este relato tem por objetivo socializar com a comunidade o trabalho que é desenvolvido no Clube da Amizade, junto ao Ambulatório de Psiquiatria do HUSM. O trabalho que vem sendo desenvolvido no Clube da Amizade visa à promoção da re-inserção social do usuário deste serviço, por meio da criação de um espaço de convivência, no qual são realizadas atividades terapêuticas, a citar: grupos e oficinas. Além disso, o serviço busca desenvolver seu trabalho articulado com a família do usuário, valorizando a singularidade de cada sujeito atendido, bem como o estabelecimento de vínculo usuário-profissional, a fim de contribuir com a reinserção deste usuário na sua família e comunidade. **Metodologia:** As profissionais do Clube da Amizade têm realizado um trabalho articulado com as profissionais da Residência Multiprofissional, a fim de promover o autocuidado em saúde mental, bem como o desenvolvimento da autonomia e valorização dos sujeitos envolvidos. O trabalho da equipe de residentes multiprofissionais nas oficinas é coordenar alguns trabalhos e acolher os sons, as falas, as formas, os atos, afirmando que há ali um sujeito com algo a dizer e a fazer, buscando, um sentido neste fazer, que reflete, muitas vezes, no dia-a-dia de suas vidas. O Clube da Amizade conta com uma equipe formada por uma enfermeira, uma técnica e uma auxiliar de enfermagem que se distribuem conforme escala de trabalho das 8:00h às 17:00h. As profissionais da Residência Multiprofissional envolvidas neste trabalho são: enfermeiras, uma profissional de educação física, psicólogas, terapeutas ocupacionais e assistente social. O público-alvo do Clube da Amizade são os usuários provenientes da Unidade Psiquiátrica Paulo Guedes e do Serviço de Recuperação para Dependentes Químicos (SERDEQUIM). Estas pessoas estão vinculadas ao ambulatório de Psiquiatria do HUSM e mantém atendimentos ambulatoriais mensalmente. Os usuários encaminhados para participar do Clube da Amizade são acolhidos pelas profissionais e conforme suas necessidades e singularidades são vinculados às oficinas terapêuticas a citar: oficina com E.V.A, na qual são confeccionados cadernos e outros materiais utilizando o material, E.V.A, Oficina do Fuxico, Oficina de Tapeçaria, Oficina de Crochê, Oficina de Cestaria e Oficina da Decolpagem. Muitos dos trabalhos produzidos são comercializados em feira livre que é realizada em frente ao HUSM. As oficinas realizadas consistem em atividades de expressão, onde se utilizam variados materiais e se propõem utilizar técnicas de costura, colagem e montagem,

possibilitando que o usuário possa vivenciar novas formas de expressão por meio da atividade proposta, descobrindo e/ou resgatando habilidades durante seu processo criativo. A criatividade tem-se constituído uma estratégia para amenizar o sofrimento psíquico dos usuários (MENDONÇA, 2005). Além das oficinas, o serviço realiza passeios e confraternizações, em datas comemorativas. Os passeios são realizados em parceria com a UFSM, a qual disponibiliza o transporte. **Resultados:** Os resultados deste trabalho têm sido apontados, pelas profissionais envolvidas como: a redução do número de internações hospitalares dos usuários vinculados ao Clube da Amizade; para o grupo, as relações interpessoais entre os usuários são positivas, pois estas estão embasadas no respeito e na amizade; a própria organização dos usuários durante os grupos e oficinas, uma vez que estes necessitam se organizar ao falar, organizar os materiais que são utilizados nas oficinas, bem como a participação destes no grupo tem contribuído com sua organização psíquica e cognitiva. Além disso, o vínculo formado com as profissionais deste serviço e da Residência Multiprofissional tem sido um aliado no cuidado a tal população. **Conclusões:** Dessa forma, acredita-se que as oficinas terapêuticas e o trabalho desenvolvido no Clube da Amizade oferecem momentos de interação e re-inserção social, ao primar pela promoção da saúde mental e física, possibilita a construção do auto cuidado pelo individuo e família, bem como corresponde à expectativa da luta antimanicomial no processo de reinserção social. Neste sentido, o cuidado é realizado para além de uma abordagem terapêutica institucional, valoriza-se o trabalho com as diferenças, sendo este potencializador do que o outro é e poderá vir a ser, proporcionando seu autoconhecimento e autonomia e assim contribuindo com a superação de estigmas e preconceitos sociais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MENDONÇA, T.C. P. de. **As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação.** Rev. Psicologia Ciência e Profissão, n. 25, vol. 4, 626-635, 2005.

VALLADARES, A.C.A, et al. **Reabilitação social através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais.** Rev Eletrônica Enferm; n. 5, vol. 1, 4-9, 2003.

166 A EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DA DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG

JACOBI, Caren da Silva.
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem UFSM. karen_sj88@hotmail.com)

LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso.
(Doutouranda em Enfermagem pela UFRGS)

SILVA, Rosângela Marion
(Doutoranda em Enfermagem)

SCALCON, Camila de Brum
(Acadêmica do 7º Semestre de Enfermagem UFSM)

SANTOS, Naiana Oliveira
(Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFSM)

Descritores: Criança hospitalizada; Doença de Hirschsprung; Equipe de Enfermagem.

A Doença de Hirschsprung (DH) é uma anormalidade congênita que tem como característica à ausência dos neurônios intramurais dos plexos nervosos parassimpáticos que afetam o intestino grosso, em geral, nos seus segmentos mais distais, como o reto e o cólon sigmóide (SANTOS, 2002). Os principais sinais e sintomas da doença são: a distensão abdominal que ocorre logo após o nascimento, constipação intestinal com presença de vômitos e retardo de mais de 48 horas na passagem do mecônio, sem que haja um fator mecânico obstrutivo reconhecido de imediato. Observa-se o aperistaltismo e ausência do reflexo reto enfícteriano (BIGÉLLI; et. al., 2002). Essa patologia leva a diversas hospitalizações para tratamento e lembra-se que nesse período, mãe e filho são afastados do seu ritmo de vida e das pessoas que lhe são relevantes. Isso acarreta o desgaste físico e emocional de ambos e são nesse âmbito que a enfermagem adentra orientando mãe e criança, quando possível, sobre os cuidados e procedimentos abrangendo questões socioeconômicas e culturais. Trata-se de um relato de experiência vivenciado no campo prático da disciplina Cuidado a Mulher, adolescente e Criança durante a graduação em enfermagem com o acompanhamento de uma criança portadora da DH. Desenvolveu-se na pediatria de um Hospital de grande porte, no município de Santa Maria-RS, em outubro de 2010. Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo conhecer e aprofundar os conhecimentos de enfermagem relacionados à criança portadora da Doença de Hirschsprung, para assim contribuir na melhora da assistência de enfermagem. Acompanhou-se o paciente com DH durante sua internação. Os dados foram coletados através da leitura do prontuário, evoluções de enfermagem e por uma busca não-sistemática em bases de dados a fim de identificar a produção de artigos sobre essa patologia. Neste estudo abordou-se a patologia, o desgaste sofrido pelo paciente pediátrico portador dessa doença e a evolução deste paciente em relação ao processo cirúrgico e adjuvantes. A Doença de Hirschsprung ocorre devido à falha de migração crânio-caudal da crista neural do vago, tratando-se de uma "deleção" do braço longo do cromossomo 10. Além da incidência familiar, outro fator intrigante é sua alta associação com outras irregularidades congênitas que chegam a estarem presentes em 28% ou mais dos casos (SANTOS, 2002). O paciente estudado teve seu diagnóstico descoberto somente aos nove meses de idade quando foi submetido a um procedimento cirúrgico para uma colostomia. A colostomia é a abertura de um ostoma no abdômen que tem a finalidade de drenar as fezes para uma bolsa, a qual fica

colada a pele ao redor do ostoma, esse pode ter caráter temporário ou definitivo (SONOBE; et. al., 2002). Até esse momento, o paciente teve diversas internações por constipação e distenção abdominal. A evolução do recém-nascido varia podendo ser positiva, com momentos de constipação recorrentes o que provoca o retardo no diagnóstico. Quando há evolução negativa com quadro grave de obstrução intestinal, determina-se intervenção cirúrgica e colostomia. No lactente e pré-escolar, o aspecto físico é bem peculiar e chama a atenção o abdômen distendido com a base do tórax alargada e o hipodesenvolvimento (SANTOS, 2002). Essa doença se não tratada precocemente provoca retardo do desenvolvimento e não raramente leva a morte, quase sempre associada à enterocolites graves. O tratamento é cirúrgico e se resume na retirada do segmento denervado, com reconstrução imediata do trânsito intestinal ou colocação de bolsa de colostomia temporária (SANTOS, 2002). Uma das complicações mais freqüentes no pós operatório é estenose intestinal e prolapso da colostomia (BIGÉLLI; et. al., 2002). Esse fato foi evidenciado no paciente estudado, no qual a mãe colocava uma faixa elástica no abdome da criança a fim de reduzir os danos do prolapso. O paciente deste relato aguardava tratamento cirúrgico corretivo, onde se retira o segmento agangliônico realizando o abaixamento de cólon por até o ânus. O envolvimento dos pais no cuidado ao filho em situações de doença é um grande desafio para os profissionais de saúde. O sucesso no cuidado depende da interação da enfermagem, de modo a transferir o conhecimento para que os pais tenham maior interação com a criança doente. Dessa forma, há uma melhora na qualidade de vida para crianças e adolescentes com doença de Hirschsprung e suas famílias (GILBERT; MELLO; LIMA, 2009). No que tange aos cuidados a criança com DH, as referências de enfermagem pediátrica descrevem os cuidados com higiene, sinais e cuidados específicos ao problema do paciente de modo resumido e técnico. Porém, percebe-se a necessidade que esta clientela requer abrangendo a assistência para o planejamento especial de longo prazo. Nesse sentido, inclui-se orientações à criança e família sobre a função do intestino, as finalidades das intervenções e a necessidade de adesão ao tratamento. Além das informações, as mães desejam realizar o diálogo sobre todos os saberes dos cuidadores envolvidos com a criança, não somente serem comunicadas das atividades. Este fato é dependente do compromisso dos profissionais de saúde. No caso das mães de crianças com DH, a comunicação clara com a equipe de saúde pode ajudá-las no entendimento da doença e aceitação do tratamento. Além de fornecer elementos para tomada de decisões (GILBERT; MELLO; LIMA, 2009). No período do desenvolvimento do estudo percebeu-se a carência de assistência psicológica e incentivo para que o cuidado fosse realizado pela mãe do paciente. Devido a complexidade da DH, os cuidadores tem sua qualidade de vida desgastada. Geralmente, as mães se dedicam integralmente ao cuidado de seu filho deixando assim, de cuidar de sua saúde física e mental. Decorrente da sobrecarga, o cuidador pode diminuir sua privacidade e independência (GILBERT; MELLO; LIMA, 2009). Portanto, cabe aos profissionais de saúde capacitar os pais e crianças sobre os cuidados, riscos e benefícios da terapêutica, compartilhando as decisões referentes ao tratamento. Assim, a enfermagem deve compreender que a família não lida somente com o paciente, mas há uma reorganização familiar a partir do diagnóstico. Com isso, considerando as questões de cultura e recursos, pode-se adaptar as intervenções de enfermagem para que não sejam invalidadas durante a aplicação. A partir desse relato cria-se a sugestão da elaboração de uma prescrição de cuidados específicos a esses pacientes além de, contribuir para reflexões e estudos posteriores relacionados ao bem estar dos pacientes, seus familiares ou cuidadores.

Referências

SANTOS, J.C.M. Megacólon - Parte I: Doença de Hirschsprung. **Rev bras Coloproct**, v. 3, p. 196-209, 2002.

BIGÉLLI, R.H.M; et.al. Estudo retrospectivo de 53 crianças com doença de Hirschsprung: achados clínicos e laboratoriais. **Medicina**, v. 35, p. 78-84, Ribeirão Preto, 2002.

GILBERT, M.J; MELLO, D.F; LIMA, R.A.G. Mães de filhos com doença de Hirschsprung. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** v. 13, n. 4, p. 793-01, 2009.

SONOBE, H.M; et.al. A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de colostomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 48, n. 3, p. 341-348, 2002.

167 UMA INQUIETAÇÃO E ALGUMAS ABÓBORAS...: REFLEXÕES IMPORTANTES PARA O CUIDADO EM SAÚDE

BISOGNIN, Priscila
(Acadêmica do 4º sem. de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria
E-mail: pribisognin@gmail.com)

SCHIMITH, Maria Denise
(Enfermeira. Mestre. Professora Assistente da Universidade Federal de Santa Maria)

Descritores: Assistência Centrada no Paciente; Sistema Único de Saúde; Humanização da Assistência.

Introdução. No campo de práticas vivenciamos muitas situações que nos colocam diante de toda teoria discutida em sala de aula, em seminários ou nos grupos de pesquisa. No entanto, é no cotidiano que nos deparamos com muitas cenas que para alguns, como nós, provocam inquietações e angústias, mas para muitos, tais cenas podem ser vistas com conformismo e tampouco serem questionadas. Por isso, um episódio que aconteceu com um(a) carroceiro(a) errante contribuiu para pensarmos as questões discutidas, lidas ou vivenciadas sobre humanização e direito à saúde, acolhimento, escuta ou implicação no cuidado. Enfim, temáticas tão problematizadas na disciplina de Saúde Coletiva. **Objetivo.** Refletir e questionar a cerca da humanização nas práticas de saúde, tendo como pano de fundo um caso ocorrido em um Pronto Socorro de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Metodologia.** Trata-se de uma reflexão crítica realizada a partir um relato de caso, intermediada por discussões realizadas na graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e no Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, Linha de Pesquisa Estudos Socioculturais em Saúde e Enfermagem. **Resultados.** De acordo com algumas informações, há mais de um dia uma carroça com cavalo ficaram abandonados próxima a um Pronto Socorro. Diante dessa situação perguntou-se: onde estará e quem é o dono do cavalo e da carroça? Por que foram abandonados? A situação indicava que não houve planejamento para serem deixadas ali, pois a carroça continha algumas mandiocas, uma ou duas panelas, abóboras e cães, que aguardavam pelo dono. Relatos colhidos com vigilantes e outras pessoas dizem que esta pessoa procurou atendimento no Pronto Socorro e por estar "bêbada" não foi atendida. A real motivação por não ter sido atendida não sabemos. No entanto, esta pessoa também não voltou para pegar suas coisas. O que terá acontecido com ela? Onde mora? Não foi atendida por que seu caso não se enquadrava em um Pronto Socorro? Foi bem orientada a procurar o Pronto Socorro psiquiátrico ou uma Unidade Básica de Saúde? E será que chegando lá teria fichas para atendimento? Ou seria enxotado por estar alcoolizado? Mas por que ela estaria alcoolizado? Qual o lugar desse álcool na vida deste indivíduo? É caso de Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas? E se fosse um "bêbado" rico? Essas são apenas algumas questões que promovem outras tantas e que resultaram em um processo de reflexão. E também colocaram dúvidas: estamos preparados para prestar assistência em casos assim? Ou como proceder? Afinal, as práticas em saúde, por serem realizadas ou não, refletem em consequencias sociais, entendidas como o impacto que o adoecimento pode ter na vida das pessoas. Esse impacto será maior quanto mais vulneráveis forem os indivíduos e sua família (BUSS, PELLEGRINO FILHO, 2007). Os contextos socioculturais são diversos e nos são apresentados diariamente. Não temos o poder de resolver as questões do mundo, mudar realidades, mas temos a obrigação de oferecer um serviço de saúde menos preconceituoso, orientar com clareza as pessoas, acolhe-las, compreender seu sofrimento, mesmo nos ditos

"agazões". Escuta-las, já que "todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação", conforme a cartilha com os direitos dos usuários da saúde (BRASIL, 2006). E sobre a humanização da saúde, questionada por muitos por ser difícil de colocá-la em prática, o Ministério da saúde propõe o Humaniza SUS, que objetiva efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde no cotidiano das práticas de atenção e gestão. Então, o que se espera é que os princípios do SUS sejam aplicados a esse usuário que supostamente estava alcoolizado. A partir disso precisamos pensar e discutir nossas práticas de cuidado, que significa dizer que necessitamos constantemente rever nossos processos de gestão e de trabalho na saúde. Ao se falar em práticas de cuidado trazemos para este cenário a importância da escuta entre usuários e profissionais de saúde. Considerando a hipótese de que não houve escuta nesse caso, por que a pessoa alcoolizada não foi ouvida? A resposta poderia ser a de que vemos quase sempre é o que se chama "escuta surda, aquelas práticas que se ouvem sem escutar" (HECKERT, p. 7, 2007). Trata-se de uma escuta sem efeito, apenas com o intuito de cumprir um protocolo. Considerando outra hipótese, ou seja, que a pessoa foi devidamente encaminhada a outro serviço, mesmo assim a inquietação se mantém. Ela estava em condições de receber informações? Não seria o caso de realizar um pouco mais do que impõe a rotina hospitalar ou a de uma Unidade Básica de Saúde? O que podemos fazer, acadêmicos da área da saúde, trabalhadores e gestores, diante do enquadramento de tarefas e horários a cumprir? Os esforços para um SUS de saúde mais acolhedor devem ser coletivos, mas parte de cada indivíduo, em seu local de atuação, o interesse, o desejo de promover as práticas preconizadas pelo SUS, como seus princípios e a proposta de humanização. Em um dos seus princípios norteadores da política de humanização está a dimensão subjetiva e social que todas as práticas de atenção e gestão no SUS devem valorizar, de forma comprometida com os direitos do cidadão (BRASIL, 2004). Esse princípio ainda destaca o respeito às questões de etnia e raça e outros estratos vulneráveis da sociedade brasileira que não estamos analisando nessa reflexão, pois não temos informação. No entanto, o estrato social do sujeito em questão nos é revelado e está entre os grupos mais vulneráveis, que deveriam estar nas prioridades dos trabalhadores em saúde, por uma questão de equidade. **Principais conclusões.** Não precisamos de profissionais e gestores que apenas cumpram tarefas, de pensamento superficial a respeito da saúde, ou rasteiro, assim como crescem as abóboras, aquelas que pertenciam (a)ao carroceiro(a) O que queremos são pessoas que façam a diferença por onde passem, seja pelo respeito que tenham aos usuários ao recepciona-los, ao orienta-los ou pela escuta atenta que ofereçam e assim, contribuam com a qualidade do atendimento da saúde. É preciso enfatizar então, que quando falamos em saúde é preciso lançar olhares para os diversos âmbitos que envolvem o contexto da vida de uma pessoa, como no caso citado. Assim, para que pensemos nosso estar no mundo enquanto profissionais e futuros profissionais da área, essa reflexão realizada a partir de um caso concreto tem o propósito de disparar inquietações em outros atores, contribuindo para que os que trabalham na área da saúde e na formação, com ensino, pesquisa e extensão, reconheçam as experiências vivenciadas pelos usuários como incentivos para ampliar a implicação com a defesa do direito à saúde, direito de ser ouvido e acolhido.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, Paulo Marchiori. PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes. Physis: **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93,2007.

HECKERT, Ana Lucia. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1ª ed. Rio de Janeiro: **ABRASCO/CEPESC**, 2007, v. 1, p. 199-212.

168 CLASSES HOSPITALARES: DIREITO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS

MARTINS, Elaine Lutz
(Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. E-mail: elaine_dsc@hotmail.com)
LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso
(Enfermeira. Mestre pela UFSM. Doutoranda de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul –UFRGS. Bolsista CAPES)

WILHELM, Laís Antunes
(Acadêmica do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM)

PERES, Roger Rodrigues
(Acadêmico do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM)

Descritores: criança hospitalizada; adolescente hospitalizado; educação; equipe de enfermagem.

Introdução: As classes hospitalares são as implantações de atendimento pedagógico-educacional de crianças hospitalizadas, em serviços de saúde, que resultam do interesse de vários profissionais desde os pedagogos até os da área da saúde, buscando a promoção do bem-estar da criança e/ou adolescente e minimizando o ambiente estranho hospitalar para as mesmas, por meio do resgate das atividades do meio externo, como a prática educacional. Segundo Zardo & Freitas (2007) a promoção de ambientes educacionais e lúdico-terapêuticos nos hospitais contribui de forma ímpar para o enfrentamento das enfermidades por parte das crianças hospitalizadas, amenizando possíveis traumas. Essas iniciativas auxiliam, da mesma forma, a tornar o hospital um ambiente humanizador e contribuem para que o período de hospitalização se constitua num evento que pode ser compreendido pelo paciente, sendo considerado uma ocasião em que a subjetividade e os conhecimentos continuam a ser construídos, simultaneamente à recuperação. A classe hospitalar não pode ser vista apenas como espaço de uma sala de aula, inserida no ambiente hospitalar, mas como um atendimento pedagógico especializado (OLIVEIRA, 2008). A criança hospitalizada, assim como qualquer outra criança, apresenta o desenvolvimento cognitivo, afetivo e psicossocial que lhe é possível de acordo com uma diversidade de fatores e estimulo que interage, dentre eles, as limitações que o diagnóstico clínico possa lhe impor. Dessa forma, foram criadas Leis e Resoluções que ampara os direitos da criança e do adolescente hospitalizado, para as mesmas continuarem seu desenvolvimento conforme suas limitações, no espaço hospitalar. No Brasil, a legislação reconheceu por meio do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, através da Resolução nº. 41 de 13 de outubro de 1995, no item 9, o "Direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde, acompanhamento do currículo escolar durante sua permanência hospitalar" (BRASIL, 1995). Em 2002 o Ministério da Educação, por meio de sua Secretaria de Educação Especial, elaborou um documento de estratégias e orientações para o atendimento nas classes hospitalares e atendimento domiciliar, assegurando o acesso à educação básica (MEC, 2002). Segundo o Ministério Público do Rio Grande do Sul, o Conselho Estadual de Educação por meio da Resolução nº. 230, de 16 de julho de 1997 regulamenta para o Sistema Estadual de Ensino, os estudos domiciliares aplicáveis a alunos incapacitados de presença às aulas, amparando os direitos das crianças e adolescentes em manter seus estudos conforme condições físicas, intelectuais e emocionais no ambiente hospitalar**.** Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde

interajam-se no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente internados em hospitais, por meio do conhecimento dos direitos das mesmas, assim através da educação em saúde disponibilizaram esses direitos aos pais/ acompanhantes para a continuidade dos estudos de seus filhos e para a melhora da qualidade de vida e bem-estar no âmbito hospitalar. **Objetivo:** Diante do exposto, buscou-se realizar um reflexão sobre a necessidade e importância de classes hospitalares. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre o assunto classes hospitalares, que instigou interesse sobre a temática por meio da experiência de acadêmicas de enfermagem em aula prática, referente à disciplina do 6º semestre "Enfermagem no Cuidado à Mulher, ao Adolescente e à Criança", da Universidade Federal de Santa Maria. As atividades práticas foram desempenhadas em uma Unidade Pediátrica, localizada no 6º andar do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, no período de 20 de outubro a 10 de novembro de 2010, pelo turno da manhã. **Resultados e discussão:** No período de internação várias mudanças ocorrem no cotidiano da criança e do adolescente como o distanciamento dos estudos, por períodos indeterminados conforme o quadro clínico do paciente. A classe hospitalar, além de ser um direito da criança e do adolescente ajuda a enfrentar essas mudanças, buscando atividades que eram realizadas no meio externo hospitalar. O ambiente da classe hospitalar necessita ser diferenciado, tem que ser acolhedor, com estimulações visuais, brinquedos, jogos, sendo assim um ambiente alegre e aconchegante. É através do brincar que as crianças e adolescentes internados encontram maneiras de viver a situação de doença, de forma criativa e positiva. Portanto, o trabalho em classe hospitalar faz com que há diminuição do risco de comprometimento mental, emocional e físico dos enfermos (OLIVEIRA, 2008). As escolas têm o dever de disponibilizar materiais e conteúdos para serem aplicados por uma pedagoga na classe hospitalar. É necessário que as atividades realizadas com essas crianças e adolescentes tenham começo, meio e fim e que o professor precisa estar ciente que cada dia se constrói com planejamento estruturado e flexível (OLIVEIRA, 2008). Além disso, as atividades são coordenadas de forma a dar um suporte e continuidade da escolarização das crianças/adolescentes com o objetivo principal de garantir inclusão ou reinserção destes estudantes na escola em relação ao processo ensino-aprendizagem, evitando a evasão, a repetência e o fracasso escolar destes, bem como estimular sua socialização e seu desenvolvimento global, por meio de atividades educativas adaptadas às suas necessidades. Percebeu-se durante a experiência com crianças e adolescentes hospitalizados o interesse por manter as atividades escolares, as leituras, os filmes educativos, os desenhos de pinturas, as atividades matemáticas bem como o lúdico presente nesse meio. Durante as atividades na classe hospitalar, notou-se a minimização do problema do diagnóstico, do motivo da internação, esquecendo o ambiente estranho do hospital. **Conclusão:** Portanto, a criação de classes escolares em hospitais é resultado do reconhecimento formal de que a criança hospitalizada, independentemente do período de internação ou quadro clínico, tem necessidades educativas e direitos de cidadania, onde inclui a escolarização. O trabalho da classe hospitalar é importantíssimo para as crianças e adolescentes hospitalizadas ajudando tanto na recuperação do quadro clínico, por motivação de atividades diferentes, quanto na contribuição do desenvolvimento intelectual, emocional e social. Além disso, os profissionais de saúde principalmente a equipe de enfermagem, que atua diretamente com as crianças/adolescentes e familiares, devem reconhecer a necessidade e os benéficos que a classe hospitalar trás para o paciente, estimulando os pais a gozarem os direitos que as crianças e adolescentes têm em continuar estudando em ambiente hospitalar.

Referências

BRASIL. **Declaração dos direitos da criança e adolescente hospitalizados**. Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995. Brasília: Imprensa Oficial, 1995.

MEC. **Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar**: estratégias e orientações. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/ SEESP, 2002.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO RIO GRANDE DO SUL. Legislações Infância e Juventude. Acessado em 30/11/2010: http://www.mp.rs.gov.br/infancia/legislacao/id3148.htm/.

OLIVEIRA, Linda marques de; FILHO, Vanessa Cristiane de Souza; GONÇALVES, Adriana Garcia. **CLASSE HOSPITALAR E A PRÁTICA DA PEDAGOGIA. REVISTA CIENTÍFICA ELETÔNICA DE PEDAGOGIA – ISSN: 1678-300X.** Ano VI – Número 11 – Janeiro de 2008 – Periódicos Semestral

ZARDO, S.P; FREITAS S.N. **Educação em classes hospitalares: transformando ações e concepções à luz da teoria da complexidade.** Educar, Curitiba, n. 30, p. 185-196, 2007. Editora UFPR.

169 INSERÇÃO SOCIAL DE IDOSOS EM GRUPOS OPERATIVOS: A VISÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

SASSI, Marcelo Machado;
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS – Bolsista PET Email: sassimarcelomachado@yahoo.com.br)

MARINÊS, Tambara Leite;
(Profª. Dr)

HILDEBRANDT, Leila Mariza
(Profª Msc.)

PERDONSINI, Leila Georcelei de Brizola
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS - Bolsista PET)

BORTOLI, Vanessa
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS - Bolsista PET)

DALMOLIN, Indiara Sartori,
(Ac. Enf. UFSM/CESNORS – Bolsista Voluntária)

Descritores: Enfermagem em saúde comunitária; Educação em Saúde; Longevidade

Historicamente os idosos vivenciam segregação social e comumente vivem excluídos do convívio social, especialmente a partir de suas aposentadorias, quando perdem ou diminuem seus vínculos de amizades. Vale destacar que as diferentes esferas do governo, federal, estadual e municipal, possuem a responsabilidade de proporcionar condições para que a pessoa idosa permaneça no espaço familiar e social. Durante muito tempo, esse contingente populacional foi desassistido de benefícios legais. Assim, a Política Nacional de Atenção ao Idoso é lançada em 1994 com o intuito de assegurar os direitos sociais dos idosos, em 2003, após anos de tramite no Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso finalmente é aprovado trazendo em seu IV parágrafo a necessidade de viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações (BRASIL, 2003). Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) indica três pilares da estrutura política para o envelhecimento ativo: participação, saúde e segurança. Entretanto, tais políticas ainda são recentes e não estão contempladas por parte do governo e da população em geral na sociedade e ainda hoje o preconceito se constitui em um dos maiores empecilhos para uma vivência plena e ativa da terceira idade. Considerando isso, os grupos de idosos surgem ainda na década de 1970 em São Paulo, por meio do Serviço Social do Comercio (SESC) como umas formas alternativas de participação social e, com o tempo, difundem-se a experiência para todo o País. Diante desses aspectos, os municípios têm sido desafiados a proporcionar a esses segmentos populacionais uma assistência de maior qualidade, que ultrapasse o âmbito da caridade e da segregação. Essas questões demandam novas formas de pensar e operar o trato com idosos, exigindo uma ação articulada entre os governos em todos os níveis, os profissionais do campo da saúde e da assistência social e da sociedade como um todo. Especificamente em relação aos idosos, a atividade de natureza grupal assume importância relevante neste contexto em que, frequentemente, os idosos, também, possuem vínculos familiares fragilizados, propiciando um espaço de escuta e o exercício de socialização entre este contingente populacional. O trabalho em grupos é para a Enfermagem uma importante forma de fazer educação em saúde, pois o profissional

de Enfermagem detém de grande responsabilidade de fazer atividades prevenção a doenças e promoção à saúde. Em se falando de idosos, a idade avançada por si só já é um fator potencializador para o acometimento do organismo humano por patologias. Somado a isso, a desinformação sobre formas de prevenção de doenças e promoção à saúde constitui-se em uma grande possibilidade para o individuo vir a adoecer, assim cabe a Enfermagem assumir sua responsabilidade em intervir junto a esse contingente populacional Além disso, nos grupos de convivência de idosos, encontram-se a possibilidade de difusão de saberes, especialmente em assuntos relativos à saúde, sendo esta uma temática de especial interesse desta faixa etária, devido ao interesse desses indivíduos em ter um envelhecimento saudável e ativo. Nesse contexto, a enfermagem exerce papel importante, contribuindo nas discussões relativas ao campo da saúde, além de incentivar a socialização desse estrato populacional. Assim, a inserção de acadêmicos de enfermagem nesse cenário contribui na oferta de debates sobre temáticas da área da saúde e oferece espaço de sociabilidade aos idosos participantes de grupos de convivência. Diante do exposto o presente trabalho tem por objetivo descrever a experiência da inserção de estudantes de enfermagem junto a grupos de idosos em um município do norte do Rio Grande do Sul. O caminho metodológico constitui-se em um relato de experiência da inserção dos acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (UFSM/CESNORS) por meio de um Projeto de Extensão, junto a grupos de idosos do Município de Palmeira das Missões/RS. Tal projeto teve inicio no segundo semestre de 2009 em quatro grupos da terceira idade perfazendo um total de duzentas pessoas, em que os acadêmicos passaram a acompanhar quinzenalmente a operacionalização dos grupos de convivência de idosos e interagir com os mesmo por meio de práticas educativas sobre temas sugeridos pelos próprios idosos freqüentadores dos grupos. Diversos assuntos foram sugeridos pelos idosos, dentre eles osteoporose, câncer de útero, de mama e de pele, depressão, exercícios físicos, alimentação saudável, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, envelhecimento ativo, entre outros. Para trabalhar as temáticas foram utilizadas técnicas de animação grupal e explanação dialogada. Com a realização desta atividade diversos resultados positivos foram percebidos tanto para os idosos quanto para os acadêmicos de Enfermagem, dentre eles pode-se citar a ampliação do vínculo entre as pessoas idosas e os acadêmicos de Enfermagem por meio da troca de experiências e informações, se constituindo em uma ação de educação em saúde e que tem resgatando a cidadania dos idosos e promovendo sua inclusão social. Os idosos também puderam esclarecer dúvidas sobre as principais patologias que frequentemente acometem esta população. Aos acadêmicos as atividades possibilitaram um ganho singular em técnicas de comunicação e linguagem com a população idosa, habilidades de ensino de forma clara e concisa aos idosos sobre diferentes temas, conhecimento e aquisição de capacidades referentes à operacionalização de grupos, obtenção de conhecimento sobre as doenças mais recorrentes em idosos e também aprendizagem sobre as vivências e dificuldades da terceira idade. Conclui-se que a inserção de acadêmicos de Enfermagem em grupos da terceira idade é de suma importância, pois, possibilita a criação de um espaço de troca de informações e saberes relativos a diferentes temas. Percebe-se que os temas da saúde em suas esferas física, social e mental tem prevalecido devido ao interesse dos idosos. Tal atividade é de especial importância à Enfermagem, pois a profissão é intimamente ligada ao trabalho com grupos e educação em saúde, sendo está promovida de forma ainda mais produtiva em grupos de convivência. Ademais, permite-se ao acadêmico inserido nesta atividade de extensão um ganho singular de conhecimento acerca da terceira idade, uma faixa etária que constituirá muito em breve um campo de trabalho maior ainda para a Enfermagem, além de ser possível familiarizar-se e adquirir habilidades, ainda na academia, com a futura atuação profissional de Enfermagem a respeito da operacionalização de grupos e educação em saúde.

Referências

BRASIL, **Política Nacional de Atenção ao Idoso.** Congresso Nacional, lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Disponível em: <http//www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm> Acesso em: 29 mar. 2011.

BRASIL. Estatuto do Idoso. **Brasília, 2003. Disponível em: <http//www.bvsms.saude.gov.br/publicacoes/estatuto_doidoso.pdf> Acesso em: 29 mar. 2011**

BORGES, P.L.C.; BRETÃS, R.P.; AZEVEDO, S.F.; BARBOSA, J.M.M. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n.12, p.2798-2808, dez, 2008.**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**; tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p: il.

170 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES EM UMA INSTITUIÇÃO DE ABRIGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

PILATI, Andressa Luft
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Bolsista PET/RS/Brasil.
E-mail: andressaluft@hotmail.com)

BORTOLINI, Eliege
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Bolsista PET/ RS/Brasil)

RESTA, Darielli Gindri
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS/Brasil)

Descritores: educação em saúde; adolescentes; institucionalização.

Introdução: Este trabalho tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas por meio de um projeto de extensão no Lar Infantil Adventista Nosso Amiguinho. O trabalho tem como foco a educação em saúde com adolescentes. As ações de educação em saúde se constituem como uma ferramenta importante do campo da saúde por caracterizar-se como um processo de trocas de conhecimentos e incentivo ao exercício da autonomia dos sujeitos na gestão de sua vida. O modo de viver a vida é particular de cada ser humano, no entanto pode ser apoiado por profissionais como no caso da saúde. Dessa forma, ao conceito de educação em saúde soma-se o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. (SCHALL e STRUCHINER, 1999). Entende-se adolescência como um período do desenvolvimento humano em que se estabelecem, de forma mais definida, a identidade, os padrões de comportamento e o estilo de vida. Nesta fase surgem dúvidas e questionamentos, necessidade de auto-afirmação e de conhecer o novo, desejo de usufruir a liberdade dos adultos. (FIERRO, 1995). De acordo com Traverso-Yépez e Pinheiro (2002), para atingir uma maturidade saudável, o jovem precisa de espaços apropriados para desenvolver sua auto-estima, sua criatividade e seu projeto de vida. A fase infantil, período anterior a adolescência, compreende as crianças como indivíduos em crescimento e desenvolvimento, com necessidades específicas. É nessa fase que ocorre a formação das bases de sua personalidade e os pais são os principais modelos da criança, com quem elas aprendem, principalmente pela imitação. Muitas vezes, são eles que fazem a adaptação dos filhos na vida em sociedade. A família é o centro da ação para os problemas da criança e do adolescente. Como não têm ocorrido mudanças estruturais rígidas para que isso se revigore, o problema da infância desfavorecida tem aumentado devido ao desemprego, que agrava a situação de desestruturação familiar, levando à institucionalização de crianças e adolescentes. (ZEM-MASCARENHAS e DUPAS, 2001). A institucionalização ocorre, muitas vezes, por abandono e rejeição dos pais ou por decisão jurídica como medida de proteção à criança. O abrigo é definido pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1990) como uma possibilidade, utilizada como uma forma de mudança para a inserção de crianças e adolescentes em situação de risco, em família substituta. Esse Estatuto também destaca algumas características para esses abrigos, como a preservação da liberdade e o atendimento personalizado, privilegiando as ações descentralizadas e

municipalizadas. Neste trabalho será relatada a experiência de trabalho com adolescentes que vivem em um lar no interior do Rio Grande do Sul. A instituição é uma ampla casa, com dormitórios separados por sexo, sala de televisão, sala da leitura e estudos, refeitório coletivo, áreas adaptadas para o lazer e quintal. O trabalho pautou-se na metodologia participativa de grupo de educação em saúde. **Objetivo:** O referido projeto tem como objetivo promover ações educativas em saúde com crianças e adolescentes, que vivem em uma instituição, chamada Lar Infantil Adventista Nosso Amiguinho, no município de Palmeira das Missões. O objetivo deste trabalho é relatar as experiências vividas com a realização de oficinas educativas com adolescentes em uma instituição de abrigo. **Metodologia:** A experiência envolveu 20 participantes, na faixa etária entre 10 e 17 anos. Os encontros foram realizados quinzenalmente nos meses de setembro a dezembro de 2010. Os temas discutidos foram sexualidade, drogas, alimentação, higiene pessoal, bucal, e o conceito de família. Primeiramente era abordado o tema escolhido, sendo utilizados recursos como figuras, revistas, música e dvd's, entre outros materiais que combinavam a reflexão com a ludicidade. Foram realizados sete encontros O primeiro encontro foi de socialização, criação de vínculos e foi o momento em que foi apresentada e discutida a proposta das atividades a serem desenvolvidas na instituição. O segundo encontro teve como tema sexualidade, desenvolvido de forma bem informal e didática com jogos sobre sexualidade, focando o uso de preservativos, risco de gravidez precoce e não desejada e doenças sexualmente transmissíveis. O tema escolhido para o terceiro encontro foi alimentação adequada. Para abordar o assunto com os adolescentes realizaram-se dinâmicas com frutas, e no final do encontro uma confraternização com sucos e bolos nutritivos e saudáveis. No quarto encontro foi discutida a temática das drogas, um assunto complexo, mas de imensa significância nos dias atuais. A metodologia utilizada foi a realização de um círculo para provocar a reflexão sobre drogas licitas e ilícitas, o impacto das mesmas perante a sociedade, as conseqüências do uso de drogas e os malefícios para a saúde. O quinto encontro foi direcionado a higiene corporal e dentária. O sexto encontro pautou-se na temática da família, por ser uma instituição que abriga adolescentes que não estão no âmbito familiar, achou-se fundamental trabalhar questões relacionadas a essa temática. Neste encontro os autores já tinham uma aproximação maior com os adolescentes, situação que proporcionou a realização de um encontro interessante para o desenvolvimento do assunto. No último encontro foi realizada uma autoavaliação dos encontros anteriores pelos adolescentes, apontando pontos positivos e negativos, além de um espaço de confraternização. **Resultados:** Como resultados pode-se apontar que os primeiros encontros realizados no lar indicaram a carência de informação dos participantes, afirmando a importância do desenvolvimento de ações contínuas na instituição. Durante a realização das atividades os adolescentes mostravam-se críticos, reflexivos e interessados, condição que reitera a educação em saúde como uma ferramenta para o desenvolvimento dos sujeitos. Para as autoras essas atividades proporcionaram uma visão ampliada para as necessidades existentes em uma instituição de abrigo para adolescentes, além de expandir as possibilidades de atuação da enfermeira. A metodologia de trabalho indicou a necessidade de constante busca de conhecimentos, na tentativa de estar a cada encontro mais preparadas e seguras para uma abordagem dialógica e participativa. **Conclusão:** Considerou-se fundamental o trabalho realizado no Lar Infantil Adventista Nosso Amiguinho, pois com ele pode-se ter uma noção das dificuldades encontradas pelos adolescentes que vivem longe de sua família de origem. Também pode-se evidenciar que a fase da adolescência precisa de espaços para discussões, pois os adolescentes mostravam-se curiosos acerca do processo de adolescer. Além disso, contribui para uma formação acadêmica mais próxima da realidade de vida dos sujeitos proporcionada por novas experiências e vivências. A participação em projetos de extensão potencializa os conhecimentos da sala de aula, pois promove um contato efetivo com os indivíduos e, em especial, com a comunidade.

Referências:

SCHALL, Virgínia; STRUCHINE, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.15, suppl. 2, 1999. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 11.

FIERRO, A. Desenvolvimento da personalidade na adolescência. Em C. Coll, J. Palaccios & A. Marchesi (Orgs.), **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva** (pp. 288-305). Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A; PINHEIRO, V. S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia & Sociedade; 14 (2): 133-147; jul./dez.2002.**

ZEM-MASCARENHAS, S. H; DUPAS, G. Conhecendo a experiência de crianças institucionalizadas. **Rev. esc. enferm. USP vol.35 no.4 São Paulo Dec. 2001.**
ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. (1990, 16 set.). Lei Federal nº 8069/1990. Diário Oficial da União (Brasília, DF).

171 ATUAÇÃO NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA NA PERSPECTIVA DO CUIDADO HUMANIZADO: RELATO DE VIVÊNCIA

ROSSATO, Karine
(Acadêmica do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). kaka.rossato@hotmail.com)

GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM)

TAVARES, Juliana Petri
(Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM)

CHEROBINI, Márcia Dal Bem
(Enfermeira Especialista em Terapia Intensiva. Gerente da Unidade Clínica Médica II do Hospital Universitário da UFSM)

Descritores: Enfermagem; Doença crônica; Clínica Médica

Introdução: A hospitalização é um momento marcante na vida de uma pessoa e, em se tratando do paciente crônico, essa realidade se intensifica ainda mais, uma vez que o tempo de internação e os cuidados necessários podem ser prolongados, trazendo mudanças na rotina diária e alterando a qualidade de vida. O presente trabalho revela o percurso do acadêmico de Enfermagem acerca do atendimento a pacientes crônicos, bem como de seus familiares, destacando a importância do atendimento humanizado e a realização de uma prática interdisciplinar, tendo em vista que a mesma se impõe cada vez mais como uma necessidade entre os membros da equipe de saúde. O cuidar de maneira humanizada exige do cuidador a compreensão do significado da vida. O cuidar-cuidado, como substantivo e verbo de ação, está presente no decorrer da vida humana sendo exercido por meio de processos relacionais, interativos e associativos. Viver está relacionado a um sistema de cuidados, porém entender e decifrar a vida para poder cuidar são tarefas difíceis, uma vez que a humanização precisa ser sentida e percebida pelo outro[(1)]. Neste sentido, o trabalho realizado pelo enfermeiro no cuidado a pessoas portadoras de doenças crônicas e sua família requer sensibilidade para sentir e perceber os seres cuidados em suas singularidades e complexidades e, também, habilidade para atender integralmente as demandas apresentadas. O desenvolvimento de sensibilidade e habilidade se inicia nos primeiros contatos do estudante de enfermagem com o mundo do cuidado profissional. Com o objetivo de favorecer a aproximação dos estudantes com a realidade da prática de enfermagem nas instituições de saúde e estimular a aprendizagem, o Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (campus Santa Maria), oferece a oportunidade de realização de atividades extra-curriculares por meio de um programa denominado Programa de Formação Complementar em Enfermagem (PROFCEN)[(2)], o qual articula ensino e extensão em múltiplos espaço de atenção a saúde, como estratégia para ampliar e solidificar o processo de formação acadêmica. Dentre os locais para realização dessas atividades, destaca-se o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que além de servir como campo para a práxis formativa de profissionais da área da saúde é uma instituição que serve de referência a municípios da região central do estado, contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental. Cabe destacar que, dentre as estratégias do SUS para qualificar a assistência e a gestão dos serviços de saúde, inclui-se como diretrizes a adesão a Política Nacional de Humanização

(PNH) com a formação de grupos de trabalho nesta perspectiva[3]. Assim, este trabalho tem como **Objetivo** relatar a vivência de estudante de enfermagem junto à equipe multiprofissional de uma unidade de Clínica Médica na perspectiva do cuidado humanizado. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Este hospital é órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria que, como hospital-escola, tem sua atuação voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde conectado à extensão. As atividades desenvolvidas a partir da elaboração de um projeto de extensão ocorreram numa unidade hospitalar de internação adulta e iniciaram na modalidade de ações programadas para o período não letivo, em fevereiro do corrente ano, com duração de vinte dias, o que perfez 120 horas. A unidade escolhida atende a clientes com diagnósticos que abrangem diversas especialidades. Neste local atuam profissionais de diferentes áreas e formação acadêmica, ou seja, professores, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, estudantes da residência médica e multiprofissional e acadêmicos dos cursos de graduação da área da saúde. De acordo com as peculiaridades da unidade, os pacientes ali presentes apresentam doenças oncológicas, infecto-contagiosas, neurológicas, cardíacas, pulmonares e gastroenterológica, muitos destes com alto grau de dependência e procedentes de UTIs. O objetivo traçado para esta atividade foi acompanhar o enfermeiro nas ações de sua competência com enfoque na assistência, gestão da unidade, implementação do processo de enfermagem e realização de cuidados. As atividades envolveram o manuseio dos prontuários dos pacientes, a troca de experiências com os profissionais da equipe (técnico-científico), realização de orientações, cuidados ao paciente e seus familiares e acompanhamento da dinâmica da unidade. **Apresentação e Discussão:** A primeira oportunidade de contato que tive com a unidade de clínica médica do HUSM foi ao período das práticas realizadas durante o quarto semestre de graduação. Como foi um período relativamente curto para uma percepção ampliada da clínica, senti necessidade de aprofundar vivências aproximando-me da rotina hospitalar por meio de atividades extracurriculares. A escolha da unidade foi determinada pelo interesse e admiração ao cuidado à pacientes portadores de doenças crônicas. Durante o andamento das vivências, juntamente com a enfermeira responsável, buscou-se observar com maior evidência os processos de relação/interação entre a equipe multiprofissional e destes com o paciente, assumindo como ponto de vista o cuidado humanizado. Cabe destacar que o fato dos pacientes portadores de doenças crônicas, muitas vezes com limitações físicas ou em fase terminal, depende dos familiares e dos profissionais de saúde, principalmente da enfermagem para o atendimento das necessidades básica, o que pressupõe que estes devem focalizar o cuidado não só à doença, mas também ao indivíduo como um todo, à família e ao seu contexto de vida. Diante do exposto, é importante destacar que a proposta da PNH defende a implementação do conceito de Clínica Ampliada no cotidiano das instituições, a qual sugere que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas no enfrentamento da doença para que, mesmo sendo um limite, não a impeça de viverem outras coisas na sua vida. Por exemplo, se a pessoa com HIV/Aids está deprimida ou não, se está isolada, se está desempregada, tudo isso interfere no desenvolvimento da doença. Portanto, para que se realize uma clínica adequada, é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular, bem como um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo[4]. Considerando a perspectiva do cuidado humanizado, ainda no parecer da Política Nacional de Humanização, esta supõe que haja troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe[3]. Porém, a inclusão desses pressupostos na prática clínica não foi percebida de modo constante nas inter-relações estabelecidas entre o grupo da unidade. Sob o argumento da complexidade da unidade devido aos pacientes em situações críticas, as longas jornadas de trabalho, a falta de leitos, a

escassez de materiais, os profissionais, muitas vezes, restringem a possibilidade de interlocução aos seus pares e limitam compreensão e um olhar mais amplo e sensível diante do que está acontecendo ao seu redor e sobre os demais profissionais envolvidos. A inserção dos estudantes, nesse cenário, ainda constitui-se num desafio, uma vez que estes tem uma interação bastante restrita com os demais profissionais que não sejam os de sua área de formação. Porém, ficou evidente a comunicação da equipe com paciente/família, que se mostrou solidária e empática, compreendendo a necessidade que o ser humano tem de aceitação e troca de saberes, despertando sentimentos de acolhimento e confiança. Outro aspecto observado que suscitou reflexão foi em relação à inclusão de tecnologias na área da saúde que, por um lado, contribui para a qualidade e a segurança da assistência, aumentando a expectativa de vida dos enfermos, e, por outro, pode provocar o afastamento do enfermeiro das interações com o paciente e suas emoções, centralizando-se nos equipamentos. Os recursos tecnológicos beneficiam o paciente proporcionando resolutividade aos problemas, mas também impõe questionamentos quanto ao futuro dos seres humanos e aos cuidados de enfermagem, gerando perturbações e inquietações. A assistência de enfermagem pode tornar-se indireta e fria, sendo a atenção dirigida à aparelhagem e ao material disponível na unidade, sendo o contato com o paciente cada vez mais distante do modelo de humanização[5]. **Conclusão**: Diante do exposto, durante as vivências no âmbito-hospitalar houve a possibilidade de aperfeiçoar e sedimentar conhecimentos tanto em relação à prática do enfermeiro quanto ao contexto multiprofissional o que contribuiu para a compreensão do cuidado humanizado e a importância do trabalho integrado entre os diferentes profissionais. As vivências e as leituras permitiram alertar que a repetição diária das atividades sem reflexão pode levar o profissional a agir de forma mecânica, sem incluir o atendimento das necessidades subjetivas do paciente. As condições de trabalho, a valorização da tecnologia e, até mesmo, o comodismo são fatores que contribuem para o afastamento da teoria da prática e da perspectiva do PNH, causando certa fragilidade nos cuidados prestados e na satisfação dos pacientes. O enfermeiro como um educador e assistente na área da saúde, deve utilizar meios que promovam a interligação tecnologia-humanização, beneficiando a preservação da afetividade nas relações enfermeiro-paciente e o fortalecimento das relações multiprofissionais. Neste contexto, a inserção dos estudantes de enfermagem na implementação das estratégias da clínica ampliada e do trabalho em equipe, desde o início da formação acadêmica, parecem oportunidades que podem conduzir a concretização do modelo da humanização dos serviços de saúde.

Referências

1. Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

2. Beuter M, Neves ET, Magnago TSBS, Weiller TH. Programa de Formação Complementar em Enfermagem/PROFCEN. Santa Maria, 2009. (digitado)

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004 18 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

5. Meyer DE. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? Rev .Bras. Enferm., Brasília,v, 55,n,n.2 p.189-195, mar./abr., 2002.

172 TEORIA DAS RELAÇÕES HUMANAS: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM

PICH, Roselene
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. rose_pich@hotmail.com)

BANDEIRA, Danieli
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

MARON, Luana Carine
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

MATTOS, Lilian Lopes
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

SARTURI, Fernanda
(Enfermeira, Mestre, Professora Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS. Orientadora)

Descritores: Administração, Enfermagem, Recursos Humanos em Saúde.

INTRODUÇÃO: No final do século XX, contrapondo as teorias de Taylor, Fayol e Weber, até então desenvolvidas, que davam ênfase na tarefa, na estrutura e na autoridade, surge a Escola das Relações Humanas, que entendia como aspecto organizacional mais importante o homem e seu grupo social, ou seja, seus aspectos psicológicos e sociológicos (SILVA, 2001). O movimento das relações humanas surge das forças de três segmentos: o enfraquecimento do sindicalismo, que se originou devido a Grande Depressão norte-americana de 1930; a filosofia do humanismo industrial, que defendia a idéia da produtividade estar relacionada ao tratamento dado aos trabalhadores nas organizações; e os estudos de Hawthorne por Mayo que trouxe uma nova concepção à administração, deixando de ver o trabalhador sob uma visão microscópica, para enxergá-lo como um ser social e humano inserido numa organização industrial (FIACO, 2006). Neste contexto das relações humanas, surge uma nova linha de pensamento no repertório administrativo, fala-se agora em motivação e organização informal, que se entende por relações sociais não previstas em regulamentos e organogramas, com caráter espontâneo e extra-oficial, ocorrendo paralelamente às relações formais. Por compreender que a motivação atua sobre as necessidades dos indivíduos, a fim de supri-las, para atingir os objetivos tanto pessoais como organizacionais, há então uma proposta de relações afetivas, de poder e envolvimento com o grupo, procurando atender as necessidades fisiológicas, psicológicas e de auto-realização. Sendo assim, cabe ao administrador deter de liderança e uso adequado de incentivos para obter a motivação. Entende-se que ao promover a motivação do indivíduo, levando-o a atingir seus objetivos pessoais, ele também atenderá os objetivos organizacionais, pois, ao passo que suas necessidades são sanadas, ele estará mais satisfeito e contente, apresentando aumento em sua produtividade e consequentemente um maior retorno financeiro a empresa. O uso de programas de reconhecimento é de grande valia, pois dá a possibilidade de ser combinado com outras modalidades de incentivo, como o monetário que é fácil de manejar e agradar. Neste emaranhado de fatores que constituem as relações humanas, insere-se a enfermagem administrativa e burocrática, que usa desse modelo para aperfeiçoar e melhorar a qualidade da assistência prestada. Por ser responsável pelo planejamento e

implementação do cuidado ao paciente, o enfermeiro tem oportunidade de exercer uma liderança criativa que envolve o paciente e todos os componentes da equipe de saúde, usando como escore principal a motivação. Sendo uma teoria com propósitos inovadores e que vai de encontro às necessidades administrativas, torna-se fundamental sua implantação no processo de gerenciamento de uma equipe de enfermagem por dar enfoque ao trabalho em grupo, ambiente este que a enfermagem se insere. Mediante esse contexto o presente estudo tem por objetivo aprofundar os nossos conhecimentos sobre a teoria das Relações Humanas, relacionando com a Teoria Motivacional e a gestão em enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo reflexivo acerca do tema Teoria das Relações Humanas, elaborado como quesito parcial de avaliação da disciplina de Administração dos Serviços de Enfermagem I realizado no ano de 2010, no sexto semestre de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/ Centro Superior de Educação Norte do Estado do Rio Grande do Sul – UFSM/CESNORS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados permitiram analisar que a administração necessitava passar por uma reformulação, corrigindo a mecanização do trabalho visando uma maior eficiência nas fábricas e empresas (MOTTA, 2008; SILVA, 2001). Buscou-se compreender o funcionamento da psicologia do trabalhador, criando um ambiente de trabalho capaz de satisfazer as suas necessidades, analisando os padrões de comportamento dos funcionários (SILVA, 2001; MANZANO 2001; TADIN, 2005). Inspirada nesse sistema de psicologia, a Teoria das Relações Humanas enfatiza os aspectos emocionais do funcionário, compreendendo a organização como grupo de pessoas, proporcionando ao mesmo, maior autonomia, confiança e abertura (MOTTA, 2008; MANZANO, 2001; TADIN, 2005). As modalidades de motivação vão muito além de recompensas materiais e financeiras, são fomentadas também pela necessidade de reconhecimento, aprovação social e participação das decisões (MANZANO, 2001). Por meio da pesquisa realizada por Mayo, verificou-se que as variáveis de condições de trabalho como iluminação, intervalos e jornada de trabalho, ou seja, os fatores físicos têm menor influência do que os fatores emocionais (SILVA, 2001; MOTTA, 2008). Desse modo, a Teoria das Relações Humanas trouxe novas dimensões e valores na organização dos sistemas administrativos, pois percebeu que investindo na satisfação e necessidades dos trabalhadores conseguiria alcançar uma aliança grupal, atingindo os objetivos da empresa. Apesar de todas as vantagens que poderiam ser alcançadas pela organização, a abordagem humanística também foi alvo de críticas (SILVA, 2001). Alguns estudiosos deram apelidos aos defensores desta teoria, como *happiness boys* (garotos da felicidade), pois achavam que o aspecto sentimental da organização estava tendo ênfase exagerada (SILVA, 2001). As principais críticas discutidas foi quanto à validade científica, houve dúvidas a respeito dos experimentos realizados e se os resultados foram controlados pelo experimentador (SILVA, 2001; MOTTA, 2008). Já, a miopia dos enfoques, destaca a visão curta da teoria onde o foco de trabalho deu exagerada ênfase nos relacionamentos interpessoais e excesso de motivação para o comportamento humano onde os níveis não podem ser delineados (SILVA, 2001). Outra questão é a teoria manter a decisão em grupo e não individual, ocasionando a perda de valores e idéias pessoais. Quanto à idéia de extinguir os conflitos nas discussões é errônea, pois com o surgimento desses debates adequadamente pode-se obter resultados com um nível de qualidade superior (SILVA, 2001). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste contexto percebemos que o surgimento desta teoria teve repercussões positivas não só no meio organizacional administrativo, mas em todas as categorias profissionais inclusive na enfermagem e que perdura até hoje. O homem não é mais tratado como um ser único, mas sim como um ser social, inserido em um grupo ou equipe, e que precisa motivação para promover uma maior e melhor produção de trabalho. Em relação à equipe de enfermagem, onde sua essência consiste em prestar um serviço mais qualificado ao seu cliente, à aplicação da Teoria das Relações Humanas torna-se adequada para a concretização desse objetivo,

pois se a equipe estiver interligada, envolvida, não existindo conflito, com uma meta em comum e com uma liderança democrática a tendência é aumentar sua integração, crescer sua motivação e consequentemente prestar um cuidado que atenda a todas as necessidades do sujeito, ou seja, um trabalho eficaz e humanizado. Salienta-se a importância dessa teoria nas organizações, apesar das críticas, ela promove um entendimento do homem não como uma máquina, mas como um ser pensante e que precisa ser ouvido, descobrir seus anseios e então fornecer um ambiente favorável de trabalho para que ele possa desenvolver o melhor de si, proporcionando à organização um produto final de qualidade.

Referências

FÍACO, Juliana Luiza Moreira del. **Das relações humanas a importância do fator humano nas instituições de ensino superior**. Revista Científica do Curso de Administração da UniEvangélica. Edição 3, Ano 3, 2006. Disponível em: <http://www.unievangelica.edu.br/gc/imagens/file/revistaadministracao/pdf3/DAS_RELACOES_HUMANAS.PDF> Acesso em: 27 de set. 2010

MANZANO; TRAVENSSOLO, Andressa; ROMEIRO, Celso; GUILLEN, Maria Josefa; MICHEL, Murillo; CAMINO, Raquel de Oliveira. **Relações Humanas e Motivacionais.** Revista Eletrônica de Administração. Ano I, Número 1, Novembro de 2001. Disponível em <www.revista.inf.br/adm01/acrobat/artigos/12.pdf> Acesso em: 27 de set. 2010;

MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de; **Teoria Geral da Administração: A Escola das Relações Humanas.** 3ª Ed; Editora Cengage Learning; São Paulo, 2008. Pág. 43-62;

SILVA, Reinaldo O. da. **Teorias da Administração: A escola das Relações Humanas**. 1ª Ed; Editora Pioneira; São Paulo, 2001. Pág. 198-215.

TADIN, Ana Paula; RODRIGUES, José Alceu E.; DALSOQUI, Paulo; GUABIRABA, Zenaide R.; MIRANDA, Isabella Tamine Parra. **O Conceito de Motivação na Teoria das Relações Humanas.** Maringá Management: Revista de Ciências Empresariais, v. 2, n.1, p. 40-47, jan./jun. 2005. Disponível em <www.maringamanagement.com.br/include/getdoc.php?id> Acesso em: 27 de set. 2010;

173 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE ADRENOLEUCODISTROFIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA A CERCA DA DOENÇA

SEVERO, Valéria Regina de Gais
(Enfermeira. Enfermeira Assistencial da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria)

ZAMBERLAN, Kellen Cervo
(Acadêmica do 8º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM)

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM)

LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso
(Enfermeira. Mestre pela UFSM. Doutoranda em Enfermagem pela UFRGS. Bolsista CAPES)

Descritores: Enfermagem Pediátrica, Adrenoleucodistrofia, Cuidados de Enfermagem.

Introdução: A Adrenoleucodistrofia é uma doença genética, ligada ao cromossomo X, que se caracteriza por uma alteração dos peroxissomos, o que acaba levando ao acúmulo de ácidos graxos de cadeia muito longa no organismo principalmente do cérebro ou das glândulas adrenais. Este acúmulo acarreta na desmielinização dos axônios o que afeta a transmissão dos impulsos e insuficiência adrenal (QUEIROZ et al, 2009). Inicialmente as alterações na audição, visão, fala, escrita, memória e marcha apresentam-se como as principais manifestações clínicas da doença. Esta doença é recessiva ligada ao cromossomo X, sendo transmitida pela mãe. Afeta crianças quase que exclusivamente do sexo masculino, pois normalmente os homens que são portadores do gene recessivo para a doença ficam estéreis. Não existe uma terapia definida para a Adrenoleucodistrofia até o momento, segundo estudos a dieta livre de ácidos graxos de cadeia muito longa, como espinafre, queijo e carne vermelha, associada ao azeite ou "óleo de Lorenzo" têm obtido êxito especialmente se administrada no início, ou antes, da aparição dos sintomas (QUEIROZ et al, 2009). Estas crianças sofrem de internações de repetição devido principalmente aos problemas respiratórios. Durante a internação de um paciente com Adrenoleucodistrofia, a Enfermagem, além de desempenhar seu papel como cuidador e gerenciador deste cuidado, está diariamente se deparando com casos em que a criança possui uma condição de saúde cronificada e o principal e muitas vezes único cuidador é o familiar. Este familiar acaba se dedicando quase que exclusivamente ao cuidado desta criança. Muitas vezes estes cuidadores acabam vivendo em função dessa criança e acabam acostumando-se com essa realidade o que interfere em toda a dinâmica familiar e em conseqüência há uma diminuição nas atividades de lazer da família. Vieira e Lima (2007) pontuam que se deve prestar a atenção na família, pois o compromisso de cuidar de uma criança com alguma necessidade especial de saúde pode levar a família entrar em crises, como separação dos pais ou algum tipo de dependência química por algum dos integrantes da família. Por ser uma doença rara, este caso aqui relatado é o primeiro caso de uma criança internada na unidade pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) portador desta patologia. Assim, houve interesse por toda a equipe de enfermagem em conhecer as particularidades da Adrenoleucodistrofia bem como a evolução e os cuidados que envolvem esta patologia. **Objetivo:** Relatar o caso de uma criança portadora de Adrenoleucodistrofia, bem como os aspectos

observados pela equipe de enfermagem ao prestar a assistência à criança com esta patologia e sua família. **Metodologia:** Este resumo trata-se de um relato de experiência sobre a observação de uma criança com Adrenoleucodistrofia, internada na Unidade de Internação Pediátrica (UIP) do Hospital Universitário de Santa Maria. É um estudo de caso durante a realização de atividades de extensão do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria na UIP do Programa de ensino e de extensão denominado "Programa de formação complementar em enfermagem– PROFCEN". Por meio deste programa, torna-se possível a inserção do acadêmico em diversos compos de atuação, possibilitando o aprendizado pela observação do trabalho do enfermeiro em seu papel de cuidador e gerente da assistência. Desta forma, os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM podem vivenciar múltiplos espaços de formação a partir da inserção em diferentes locais de produção de saúde. As atividades eram desenvolvidas por uma acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem sendo estas sob a supervisão da Enfermeira da unidade, e a orientação de um professor do quadro docente do curso de Enfermagem. **Relato:** Paciente G.L.P., sexo masculino, 13 anos, procedente de São Francisco de Assis. Nasceu de parto vaginal, a termo, mãe tabagista durante a gestação. Possuía hábitos alimentares normais, moravam em casa com água, luz e esgoto. Aos 8 anos, a mãe procurou o serviço referindo que a criança há 9 meses queixava-se de alterações visuais (tanto para perto como para longe), com diminuição no aprendizado escolar. Havia uma semana que a criança sofrera uma queda com trauma de crânio e perda da consciência, referindo ter perdido a visão temporariamente. Mãe queixava-se que no mesmo período, criança apresentou perda da audição e desatenção ao meio ambiente. Ao exame físico não apresentou déficit sensitivo nem motor. Porém havia um déficit auditivo bilateral, e a desatenção ao meio ambiente ficou evidente. Na época, a hipótese diagnóstica foi de estrabismo e baixa acuidade de origem central (Tumor cerebral?). Após a realização de vários exames, principalmente a realização de uma Ressonância Magnética demonstrou uma desmielinização dos neurônios. Através deste, foi diagnosticado o quadro de Adrenoleucotistrofia. Iniciou com um acompanhamento ambulatorial no referido hospital. Desde então, com o evoluir da doença, já possuiu várias internações por infecções respiratórias (pneumonias aspirativas); constipação devido à movimentação limitada e pela própria evolução da doença. Durante uma internação aos 9 anos e 7 meses, G.L.P. já apresentava Disartria, hiperflexidade de membros inferiores e superiores. Começou a fazer uso do Óleo de Lorenzo e Pravastatina como tratamento. Porém em sua última internação o tratamento com o óleo de Lorenzo foi interrompido devido à mãe não conseguir mais a medicação, pois é adquirido por via judicial. Nesta internação, o paciente internou para a realização de gastrostomia, sendo que apresentou várias complicações pós-operatórias tais como processo infeccioso na parede abdominal, drenagem de secreção torácica perigastro, e uma Parada Cardiorrespiratória. As experiências obtidas através das internações do G.L.P. na UIP apresentava um estado avançado da doença, permanece em total dependência de uma pessoa para realizar todas as suas atividades. Não deambula, possui movimentos corporais restritos, sem controle de esfíncteres. Necessita de gastrostomia, porém sem suporte respiratório. Ao observar uma criança com Adrenoleucodistrofia, percebe-se as dificuldades enfrentadas pela própria criança e por sua família. Uma das dificuldades enfrentadas pela equipe era a de manipulação com a criança devido ao seu emagrecimento e rigidez muscular, além de não entenderem algumas modificações que a própria doença acarreta, sendo estas advindas pela falta de conhecimento da equipe pela doença. Antes do aparecimento dos sinais e sintomas da doença, o paciente é uma criança normal, sem mudanças físicas, nem mentais. Com o avançar da doença, as mudanças começam a aparecer, o que acarreta em mudanças para a família e no próprio ambiente domiciliar. A família é um sistema de saúde para seus membros, sistema este do qual faz parte um modelo explicativo de saúde-doença, ou seja, um conjunto de valores crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações da família na

promoção da saúde dos seus membros, na prevenção e no tratamento da doença. (GÓES e LA CAVA, 2009). O cuidado exaustivo que uma criança com algum tipo de necessidade especial de saúde exige muito tempo do cuidador. Este acaba abandonando as suas atividades diárias para poder prestar a devida assistência à criança. Além disso, ocorre uma culpabilização em relação a mãe pela doença do filho, por ser uma doença hereditária, ligada ao gene da mãe. Sendo assim, há uma grande possibilidade de seus outros filhos também serem portadores da doença, aumentando ainda mais a preocupação e o sentimento de culpa desta mãe. Como a mulher é portadora do gene, suas filhas também poderão ser portadoras, senso assim, seus netos poderão desenvolver a Adrenoleucodistrofia. Enfim, todos os seus descendentes correm o risco de serem diagnosticados com a doença Segundo Neves e Cabral (2008) há um legado de dedicação, que implica numa exclusividade da mulher para o desenvolvimento do papel de cuidadora, em particular de crianças com necessidades especiais de saúde. Esses legados reforçam que o papel da mulher para cuidar é uma construção, constituída em uma obrigação moral. **Consideraçoes finais:** Os portadores de Adrenoleucodistrofia sofrem diariamente com as limitações decorrentes da patologia, bem como as mudanças adquiridas em cada estágio da doença. A família desta criança acaba sofrendo com estas mudanças, e ainda necessitam se adaptar a esta nova realidade. Deste modo, a Enfermagem deve estar presente neste momento, orientando e ajudando aos familiares a criar estratégias que atendam a demanda de cuidados dessa criança, mas também ajudando este familiar a não abdicar totalmente seu tempo em função desta condição de saúde da criança. Como as famílias de crianças com algum tipo de dependência, se tornam especialistas no cuidado de suas crianças, o cuidado deve ser centrado na família e é preciso entender a dinâmica familiar, a estrutura da família para que se possa intervir auxiliando esta família à assistência a esta criança.

Referências

REFERÊNCIAS: GÓES, F.G.B., LA CAVA, A.M. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].** v.1, n.4, p. 942-5, 2009.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jul-Set. v. 17, n.3, 552-60, 2008.

QUEIROZ, M.C.S. et al. Adrenoleucodistrofia: Relato de caso e aspectos relevantes ao Otorrinolaringologista. **Arq. Int. Otorrinolaringologia**. São Paulo, v.13, n.3, p. 322-325, 2009.

VIEIRA, M. A.; LIMA, R.A.G. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v. 10, n.4, p.552-60, Jul-ago, 2002.

174 DILEMAS E CONFLITOS NA PERSPECTIVA DE SER MÃE PORTADORA DO HIV

SOMAVILLA, Caterine Angélica
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. cate_df@hotmail.com)

BANDEIRA, Danieli
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

PICH, Roselene
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

BADKE, Marcio Rossato
(Enfermeiro, Mestre, Professor Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS. Orientador)

Descritores: HIV; gravidez; enfermagem.

Introdução: O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) não pode mais ser associado a grupos de risco, o padrão de sua transmissão de HIV no Brasil e no mundo, ao decorrer dos anos vem se modificando (VIEIRA et al, 2009). Essa mudança se evidencia no número de pessoas diagnosticadas com um perfil antes não considerado vulnerável, que são mulheres, heterossexuais, casadas, com parceiro único e não-usuárias de drogas, que a principal via de transmissão é a relação sexual (CARNEIRO; COELHO, 2010). A vulnerabilidade desse grupo torna o sistema familiar alvo principal para a transmissão do HIV, principalmente nas crianças, isso tudo, desperta nos integrantes da família sentimentos de ameaças e discriminação, perante a sociedade (VIEIRA et al, 2009). Apesar disso, as mulheres HIV positivas ainda evidenciam o desejo da maternidade, mesmo cientes dos riscos relacionados a ela e ao bebê, principalmente quanto à transmissão vertical. Pois, na oportunidade de ser mãe, essas mulheres encontram um estímulo para cuidar-se ainda mais, sentindo-se mais fortes e capazes de resistirem à doença (GALVÃO et al, 2009). Durante a gravidez, a mulher passa por diversas alterações e adaptações tanto físicas como emocionais. Logo, uma gestante HIV positivo, além de passar por essas mudanças fisiológicas, pode vivenciar diversas situações permeadas por preconceito, ocasionado sofrimento tanto individual como familiar. Diante disso, é fundamental o acompanhamento da portadora do HIV em idade reprodutiva, já que esta mulher precisa ser orientada sobre seus direitos reprodutivos e quanto a sua melhor ocasião para conceber, bem como informações sobre cuidados para o pré-natal, parto e puerpério. (GALVÃO et al, 2009). Destaca-se então, a inserção da equipe de enfermagem neste processo de cuidado e orientação desta mulher HIV positiva, por meio da escuta ativa, individualizada e centrada na pessoa, buscando estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate de seus recursos internos para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (CARNEIRO; COELHO 2010). **Objetivos:** O presente trabalho tem por objetivo evidenciar a importância da atuação da enfermagem frente às mulheres HIV positivas que possuem o desejo da maternidade, por meio da revisão bibliográfica. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram selecionados três artigos referentes ao tema abordado, utilizando as palavras-chave HIV, gravidez e enfermagem. A fonte dos dados constituiu-se de textos publicados *on line* e disponível na Biblioteca Virtual em Saúde. **Resultados e discussão:** Sabido que mesmo com o diagnóstico de HIV positivo, as mulheres ainda obtêm o desejo de ser

mãe, existe a preocupação com os cuidados durante a gestação, parto e puerpério. As informações passadas sobre os riscos de uma gravidez e de transmissão vertical para o feto, dada às mulheres soro positivas são de extrema importância para ter resolutividade e eficácia nos cuidados de enfermagem. Os textos estudados mostram o aumento da transmissão vertical, podendo ser relacionado diretamente pela falta de cuidado dos profissionais; seja no momento do acolhimento e criação de vínculo, seja no momento de informar o diagnóstico as mulheres (GALVÃO et al, 2009). Muitas relatam que realizaram o teste rápido na sala de parto, sem menos ser informadas do que se tratava aquele procedimento, o profissional se coloca como dono de verdades, e esquece muitas vezes que o paciente tem o direito de saber pra que serve cada exame e decidir se irá realizá-lo ou não (CARNEIRO; COELHO, 2010). Estas mulheres em sua maioria de baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade ficam submetidas, vulnerais e sem qualquer autonomia quando diante do profissional de saúde que trás um diagnóstico HIV positivo, e sabendo que elas têm o direito do aconselhamento no pré e pós HIV, direito este muitas vezes não respeitado. A forma de explicar o resultado do exame influencia na aceitação de ser um imunodeprimido, o texto de Carneiro e Coelho (2010) onde há relatos de mulheres soropositivas, coloca que muitas delas recebem a notícia de forma fria e calculista pelos profissionais, sem a preocupação de como ela vai enfrentar daqui pra frente esta nova situação em sua vida, qual será sua aceitação no contexto familiar e se ela quer compartilhar com outras pessoas ou não. Todos têm o direito a privacidade, e contar a família, a um amigo ou a qualquer pessoa o resultado de um exame é de total responsabilidade e decisão do paciente. Depois do diagnóstico vem a insegurança, vergonha e começa os preconceitos já dentro da unidade hospitalar, pois ainda, mesmo com todos os equipamento de proteção pessoal, existe medo de contaminação pela equipe de saúde. Os textos evidenciam que a primeira preocupação da gestante com HIV positivo é com o concepto, surge a angústia de saber se esta criança negativará ou não o vírus, se ela vai nascer com algum “defeito” ou não, se ela vai ter que realizar algo diferente das outras mulheres que possuem HIV positivo, entretanto neste momento cabe a equipe informar, e acima de tudo conversar sobre o assunto. Digo conversar porque muitas vezes as informação são apenas “jogadas” direto no paciente e não se cria um diálogo entre o profissional/usuário, e muitas destas mulheres acabam ficando com dúvidas, porém com medo de perguntar e ser ridicularizada na unidade. Há a importância de explicar a diferença entre o vírus HIV da doença AIDS, o porquê a criança não poderá ser amamentada pela mãe, sobre a possibilidade de contaminação do concepto, e os cuidados com este recém nascido. Galvão et al (2009) destaca a super proteção que as mães envolvem o concepto, isto se dá pelo medo que elas têm que esta criança seja contaminada pelo vírus e pelo medo da discriminação desta, até mesmo pelo próprio núcleo familiar. A estrutura familiar é de extrema importância para o desenvolvimento saudável de toda e qualquer criança, por isso acreditamos que o profissional enfermeiro deve conhecer o contexto familiar em que esta mulher e sua criança estão inseridos, e saber o suporte que elas tem disponível tanto nos serviços de saúde, como na comunidade a qual pertence. **Conclusão:** Os textos nos revelaram a fragilidade tanto da mulher como até mesmo do prestador de serviços de saúde. O profissional deve reconhecer que a mulher mesmo sendo soropositiva tem o direito a ser mãe, de gestar como todas, e este desejo de ser mãe, não é algo para se envergonhar, pois este está inserido em nossa sociedade de forma cultural, pois assim elas se sentem pertencentes a esta. Já esta mulher deve receber informações sobre as principais complicações que podem vir a surgir, com a possibilidade de contaminação deste concepto e assim poder decidir com autonomia se quer ou não ser mãe. Como acadêmicas de enfermagem, reconhecemos que nos serviços de saúde ainda existem muitos preconceitos frente a gestante sorologicamente positiva, os textos nos trazem isto, o medo e muitas vezes até a falta de informação, faz com que o serviço prestado seja frio e sem humanismo perante os pacientes. Mesmo sabendo que de acordo com a legislação do nosso País, através da lei

8080/1990 (BRASIL, 1990) todos devem ser tratados com equidade, e integralidade, e estes princípios devem estar enraizados em nossos profissionais que tem que despir de preconceitos e visar o paciente em seu estado biopsicossocial de forma individualizada com uma escuta ativa. Pois acreditamos que somente assim, com o exemplo dos profissionais a sociedade como um todo irá ver que não há porque descriminar uma pessoa com HIV positivo.

Referências

BRASIL, **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm >. Acesso em: 25 nov. 2010.

CARNEIRO, A.J. S.; COELHO, E. A.C. Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico puerperal: olhar da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s1/031.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2010.

GALVÃO, M.T.G. et al. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2010.

VIEIRA, M. et al. Histórias de vida – mãe e filho soropositivo para o HIV. **Texto & Contexto,** Florianópolis, v. 18, n. 1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-07072009000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 nov. 2010.

175 CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE ADRENOLEUCODISTROFIA (ALD)

SANTI, Tiago
(Enfermagem, Graduando de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. tiago_santi@hotmail.com)

LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem - PPGEnf/UFSM. Doutoranda - PPGEnf/UFRGS)

SCHARDONG, Ana Cecília
(Enfermagem, Graduanda de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

VIERO, Natieli Cavalheiro
(Enfermagem, Graduanda de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

Descritores: Enfermagem**;** Cuidados de Enfermagem; Adrenoleucodistrofia.

Introdução: As adrenoleucodistrofias compreendem um grupo de doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central (SNC) que costumam estar associadas à insuficiência cortical da glândula adrenal e são herdadas por transmissão recessiva ligada ao X (KLIEGMAN, et al., 2010); sendo, assim, uma herança ligada ao sexo de caráter recessivo transmitida por mulheres portadoras e que afeta fundamentalmente homens. Consiste numa alteração do metabolismo dos peroxissomos, ocasionando um acúmulo de ácidos graxos de cadeia muito longa (AGCML) no organismo sobretudo no cérebro e nas glândulas adrenais. Tal acúmulo está associado à desmielinização dos axônios afetando a transmissão dos impulsos nervosos e a insuficiência adrenal (QUEIROZ, et al., 2009). A ALD surge em meninos com um desenvolvimento inicial normal sendo que sua incidência é de aproximadamente 1/20000. Os sintomas aparecem entre os 5 e 15 anos de idade. De forma geral, as manifestações neurológicas antecedem os sintomas de comprometimento da supra-renal. Inicialmente ocorre uma mudança de comportamento, com isolamento anormal, agressividade, deficiência de memória ou dificuldades na escola. Posteriormente ocorre a demência progressiva. Ocorre, ainda, perda de visão devido a atrofia óptica pela desmielinização de toda a via visual, disfagia e surdez. Crises convulsivas são comuns nos estágios avançados da doença (ROWLAND, 1997). A insuficiência da supra-renal leva a sintomas como fadiga, desejo de ingerir sal e hiperpigmentação (principalmente nas pregas cutâneas). O diagnóstico é confirmado dosando-se os níveis plasmáticos dos AGCML, por ressonância magnética mostrando lesões desmielinizantes com distribuição em "asa de mariposa" na substância branca do cérebro, eletromiografia compatível com polineuropatia, exames laboratoriais para detectar a insuficiência da glândula adrenal e cariótipo cujo gene defeituoso é o ABCD1 localizado no lócus Xq28 do cromossomo X (QUEIROZ, et al., 2009). O paciente é levado ao estado vegetativo em um prazo médio de três anos. A progressão da doença é rápida e os pacientes evoluem para o óbito de cinco a dez anos após o surgimento dos primeiros sintomas. Ainda não existe um consenso sobre a terapêutica a ser utilizada para tratar a ALD, comumente se utiliza a combinação de uma dieta com baixa ingestão de AGCML (leite desnatado, carne bovina ou suína magra, frango sem pele, frutas e vegetais) com a ingestão do chamado Óleo de Lorenzo (uma mistura de gliceriltrioleato e gliceriltrierucato numa proporção de 4:1, respectivamente) o que leva a uma diminuição do acúmulo de AGCML levando a normalização do nível dos mesmos. Porém, questiona-se a eficiência do tratamento com Óleo de Lorenzo já que o mesmo não impede o progresso dos sintomas neurológicos o que, provavelmente, está ligado ao

fato de que o óleo não é eficaz em crianças sintomáticas, por não ter efeito sobre o cérebro. Já sua utilização por crianças assintomáticas pode retardar o desenvolvimento da doença (GROSKO, FERREIRA, 2006). Cabe, ainda, lembrar que o tratamento com Óleo de Lorenzo causa trombocitopenia, uma diminuição no número de plaquetas que pode levar a hemorragias. Outras terapias propostas para o tratamento da ALD é o transplante de medula óssea (TMO) e a imunossupressão. O TMO permite restaurar, pelo menos em parte, os locais desmielinizados se as células do doador atravessarem a barreira hematoencefálica do receptor; os transplantados apresentam uma regressão das lesões desmielinizantes com melhoramento de algumas funções cerebrais (JORGE, 2000). A imunossupressão surgiu com o intuito de anular as ações inflamatórias na substância branca do cérebro desencadeada por mecanismos imunes, sendo que as diferentes tentativas (ciclofosfamida, ciclosporina, pentoxifilina, metilxantina, etc.) falharam não alterando o quadro clínico do paciente. **Objetivos**: Relatar os cuidados de enfermagem realizados em um paciente pediátrico internado com diagnóstico de adrenoleucodistrofia na Unidade Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e sua respectiva evolução durante o período de internação. **Metodologia**: Trata-se de um relato de experiência vivenciado durante as aulas práticas do 6º semestre do curso de Enfermagem, na Unidade Pediátrica do HUSM, no período de setembro a outubro de 2010. Neste estudo são abordadas as condutas de enfermagem referentes a um dos pacientes acompanhados. A coleta de dados foi feita por meio da análise dos registros de enfermagem e prontuário médico. **Resultados**: O paciente estudado é procedente de São Francisco de Assis, nascido de parto vaginal, a termo, pesando 3400g, com desenvolvimento normal até os oito anos de idade (2006) quando começou apresentar déficit auditivo, diminuição da acuidade visual e irritabilidade; em decorrência disso, houve uma queda no desempenho escolar. Nesse mesmo período sofreu um trauma crânio encefálico (TCE) por queda. Internou por crises epilépticas não controladas, sendo realizado eletroencefalografia, mostrando lentificação na região occipital bilateral do traçado do exame, compatível com doença desmielinizante. A partir disso, se levantaram hipóteses diagnósticas (HD): tumor cerebral, valvulopatia e doença desmielinizante. Sendo esta última confirmada em ressonância magnética que evidenciou alteração de sinal no tronco cerebral e em substância branca, levantando a HD de adrenoleucodistrofia, a qual foi confirmada em acompanhamento com neurologista pediátrica e avaliação genética. No ano seguinte, 2007, já se encontrava acamado, com insuficiência da glândula adrenal, disartria, plegia de membros superiores e inferiores, clônus bilateral apresentando teste da Babinski positivo (o que evidencia lesão neurológica desmielinizante). Começou a fazer uso do Óleo de Lorenzo em 2008, sem melhora dos sintomas, pois, o mesmo não impede o progresso dos sintomas neurológicos, não sendo eficaz em crianças sintomáticas, por não ter efeito sobre o cérebro, diminuindo somente o acumulo do AGCML (GROSKO, FERREIRA, 2006). Neste ano, além de não apresentar melhora do seu estado o paciente passou apresentar dificuldade de mastigação e deglutição, além de uma importante deformação na caixa torácica. Apresentou, também, três casos de pneumonia por aspiração no período de seis meses, confirmados por exame de videofluoroscopia. Assim, a conduta foi utilizar uma sonda naso-entérica (SNE) para a alimentação do paciente provisoriamente e a realização de uma gastrostomia, impedindo assim a aspiração de alimentos e as infecções respiratórias repetidas. Durante a última internação o paciente fazia uso de dipirona (analgésico e antitérmico) 0,9 ml, EV (endovenoso), de 6/6 horas em caso de dor ou febre; bromoprida (ação antiemética, normaliza a motricidade do estômago, duodeno e jejuno) 0,9 ml, EV, 8/8 horas em caso de náusea ou vômito; óleo de Lorenzo 50 ml, VO (via oral), uma vez ao dia; atorvastatina (controle da hipercolesterolemia e dislipidemia) 40 mg, meio comprimido, uma vez ao dia; diazepam (ação ansiolítica, sedativa e anticonvulsivante) 20 ml, EV, em caso de convulsão; além de dieta (Fibrini) por SNE a 70 ml/h. Os cuidados de enfermagem dispensados ao paciente durante a

internação foram administração de medicamentos conforme prescrição médica; controle dos sinais vitais; mudança de decúbito com freqüência e uso de colchão piramidal para a prevenção de úlceras por pressão (UPP); realizar a troca de fraldas e higiene perineal para manter a integridade da pele; realizar higiene corporal, oral e do couro cabeludo; investigar presença de lesões examinado a pele diariamente, atentando para áreas de apoio e maior atrito, pelo fato do paciente estar restrito ao leito; manter posição Fowler em 45º e aspirar vias aéreas superiores para melhorar a oxigenação. **Conclusões**: O enfermeiro deve ter conhecimento sobre a patologia do paciente internado em sua unidade, atuando no diagnóstico das alterações na enfermidade, na prescrição e realização dos cuidados, de forma que saiba como realizar um cuidado efetivo do mesmo. Além disso, garante uma boa evolução do quadro clínico do paciente, prevenindo possíveis complicações. É importante que os cuidados de enfermagem considerem o paciente como um todo, considerando sua idade, valores culturais, dentre outros. Sendo assim, destaca-se que esse estudo possibilitou a ampliação do conhecimento em relação a Adrenoleucodistrofia, os cuidados dispensados a portadores da doença e a interação com os pacientes internados na Unidade Pediátrica do HUSM.

Referências

ROWLAND, L.P. **Merrit, Tratado de Neurologia.** 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KLIEGMAN, R.M., et al. **Nelson, Tratado de Pediatria.** 18 ed. v.2. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

QUEIROZ, M.C.S., et al. Adrenoleucodistrofia: Relato de Caso e Aspectos Relevantes ao Otorrinolaringologista. **Arq. Int. Otorrinolarigol.**, São Paulo, v.13, n.3, p.322-325, 2009. Disponível em: < http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/pdfForl/13-03-15.pdf>. Acesso em 15 nov. 2010.

GROSKO, A.P.; FERREIRA, R.J. Aspectos biológicos e moleculares da adrenoleucodistrofia. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 43-47, jan./abr. 2006. Disponível em: < http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/141/117>. Acesso em 15 nov. 2010.

JORGE, P.M.V., **Adrenoleucodistrofia ligada ao cromossoma X:** estudos bioquímicos e moleculares. 2000. 153f. Tese (Doutorado em Ciências Biomédicas) - Universidade do Porto, Porto, 2000. Disponível em: < http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream /10216/9951 / 3/3660_TD_01_P.pdf>. Acesso em 15 nov. 2010.

176 A QUESTÃO DE GÊNERO MASCULINO EM ENFERMAGEM

SILVA, Sérgio Arthur
(Enfº Esp. Saúde Coletiva, servidor da 4ª CRS, docente da Fac. de Enfermagem de Santa Maria sergio-silva@saude.rs.gov.br)

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
(Enfª; Profª Drª Docente da UFSM e vice-diretora de Enfermagem do HUSM)

CHAGAS, Dolores Reginato
(Enfª do HUSM, Docente da URI/Santiago, Mestre em Assistência de Enfermagem)

SILVA, Fernanda Stock da
(Enfª.; Docente da Faculdade Integrada de Santa Maria e Coordenadora da Enfermagem do Hospital Geral Unimed Santa Maria)

PRADEBON, Vânia Marta
(Enfermeira do HUSM, Docente da URI/Santiago)

Descritores: gênero; enfermagem; masculino.

Introdução: a divisão sexual do trabalho, com origem nos primórdios da humanidade, tem se mantido ao longo do tempo, caracterizada inicialmente pela exclusividade do homem na ocupação do mercado de trabalho, fato que perdurou até metade do século XX, quando a necessidade de mão-de-obra gerada pela segunda guerra mundial levou as mulheres ao campo de trabalho nos países envolvidos no conflito, principalmente nos Estados Unidos. Algum tempo depois, com o surgimento da pílula anticoncepcional esse processo acelerou-se, na medida em que possibilitou à mulher escolher o momento em que teria uma gestação, dando-lhe maior liberdade de trabalhar fora de casa. Nesse contexto, o campo de trabalho da enfermagem também tem se caracterizado pela divisão sexual do trabalho, e ainda hoje é perceptível a predominância de mulheres nesta profissão, fato relacionado à própria criação dos Cursos de Graduação de Enfermagem, no Brasil, sendo que a presença marcadamente feminina no campo de trabalho da enfermagem pode ser vista a partir dos dados ora apresentados, que foram obtidos apesar de pequena disponibilidade desses. Assim, o presente trabalho tem por **objetivo** fazer uma reflexão sobre a questão de gênero na enfermagem, refletindo sobre as origens da divisão sexual do trabalho em enfermagem e seu reflexo hodiernamente, em termos da relação homem-mulher, no campo de trabalho da enfermagem. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa realizada a partir de artigos que confirmassem a hipótese da relação numérica feminino/masculino na enfermagem, disponíveis na integra, via *on-line*, na base de dados SCIELO e LILACS, no idioma nacional, sem recorte temporal. Para a busca dos artigos, utilizou-se as palavras: **masculino, gênero e enfermagem**. Na base de dados SCIELO não foram encontrados artigos referentes ao tema. Na LILACS, foram encontrados 02 artigos que forneceram dados relativos à distribuição dos profissionais de enfermagem por sexo. Além disso, foi realizada busca no site do Ministério da Saúde, visando encontrar dados referentes à distribuição de enfermeiros por sexo. **Resultados e discussão:** Ainda hoje, em grande medida, no trabalho em enfermagem, identifica-se uma questão de gênero, havendo grande predominância numérica de mulheres. O trabalho em enfermagem tem como uma de suas características a divisão técnica e sexual do trabalho, com a existência de mais de uma categoria profissional, e em todas elas o número de mulheres suplanta, em larga medida, o

número de homens. Puschel et al (2009, p.4)) confirmam com números a percepção de que há predominância numérica das mulheres na enfermagem, ao mostrarem estudo realizado com egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo de 2000 a 2005, que mostra que dos 175 profissionais que concordaram em participar da pesquisa, respondendo ao questionário, apenas 8% eram do sexo masculino. Segundo a mesma autora, (2009, p.4) estudo semelhante, realizado em uma universidade privada de Santo Amaro e do Grande ABC, mostra um perfil bastante similar nos egressos destas universidades. Corroborando os dados acima, Ojeda et al (2008) afirma que "a prevalência feminina na Enfermagem é uma realidade no cenário acadêmico, como ilustra o registro de matriculadas(os) do Curso de Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul em que o número de mulheres ultrapassa a 85%. No âmbito do trabalho, segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem, de 11931 profissionais inscritos, a prevalência feminina é de 92%. Na mesma linha, estudo do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999), que traça um perfil dos médicos e enfermeiros do PSF, em todo o Brasil, mostra que os enfermeiros representam na Região Norte 17,76% dos profissionais de enfermagem; 8,57% na Região Nordeste; 8,42% na Região Sudeste; 8,33% na Região Sul e 8,54% na Região Centro-Oeste, correspondendo a 9,09% se considerado o Brasil como um todo. O processo de trabalho em enfermagem na atualidade é produto de um processo histórico e tem sua origem relacionada ao atendimento prestado aos pobres em hospitais religiosos por mulheres voluntárias e por parteiras, quando esses locais se tornaram centros de atendimento à saúde, passando a adquirir caráter profissional a partir de 1860, quando Florence Nightingale cria um modelo de formação e de prática assistencial que se difunde pelo mundo todo (Pires, 1996 p. 89 apud Gonzales, 2001 p. 49) e se percebe que desde seus primórdios, enquanto prática ainda não profissional, até os dias de hoje, há uma predominância das mulheres na enfermagem. O trabalho em enfermagem tem como um de seus pontos essenciais o cuidado, que ao longo da história da humanidade tem sido atribuído à mulher, a quem cabia a responsabilidade pela manutenção do lar, enquanto ao homem cabia o papel de provedor material. Segundo Coelho (2005, p.03), numa retrospectiva histórica, observa-se que no lugar social das mulheres, há um mito definido por concepções que remetem as mulheres a uma condição inata de inferioridade atribuída à sua aproximação com a natureza. Tais representações têm em seus princípios relação direta com a capacidade natural de reprodução biológica e com as responsabilidades nos cuidados com o doméstico e com a família. Há em nossa sociedade uma evidente desvalorização do trabalho braçal, e em especial do trabalho doméstico, que por sua vez está muito identificado com o "cuidar" e ambos encontram-se muito identificados com o ser mulher, e estas relações levam, como em épocas passadas, a uma desvalorização social da profissão enfermagem. Uma observação empírica menos acurada, mostra de maneira cabal e insofismável uma grande mudança no mercado de trabalho ao longo do século XX, caracterizada principalmente pela entrada maciça da mulher, ocupando cada vez mais postos de trabalho, inclusive em postos até então quase que exclusivos dos homens (inclusive nas Forças Armadas). No entanto, percebe-se claramente que, em relação à enfermagem não tem ocorrido, ao longo do tempo mudanças substanciais na relação homem/mulher, permanecendo, clara predominância da mulher. Esse desequilíbrio na relação homem/mulher, na enfermagem brasileira, está ligado à própria origem da profissão no Brasil, no inicio do século XX, que de imediato excluiu o homem da profissão, quando se defende o principio de que a base da enfermagem é o instinto materno bem desenvolvido, havendo inclusive em algumas escolas a obrigatoriedade de ser mulher para tornar-se profissional na área de enfermagem. Na mesma linha de pensamento, Coelho (2005 p.04) afirma que "apesar de haver uma afinidade histórica das mulheres com o cuidar, reconhecemos que preconceitos de gênero restringiram a participação dos homens na profissão. Mas, embora a enfermagem seja construída culturalmente como uma prática sexuada, feminina, os homens na profissão são uma

realidade cada vez mais presente". Fonseca (1996 p.65 apud Gonzáles, 2001 p. 46), confirmando a identificação da enfermagem com o gênero feminino, afirma que "o ser enfermeira embute-se, portanto no ser mulher e, mais, no ser mulher com atributos de mãe, pura, honesta, disponível, delicada e abnegada" e sendo esta percepção levada em consideração, ocorreria ainda hoje uma exclusão do homem do trabalho em enfermagem e faria desta uma profissão exclusivamente feminina. Se o inicio da enfermagem no Brasil está marcado inclusive pela exclusão dos homens da profissão, por outro lado, uma análise da evolução histórica da humanidade mostra, ao longo do tempo, um evidente processo de dominação da mulher pelo homem, e uma série de preconceitos gerados em relação ao que seria o papel social e profissional de cada um dos gêneros. Se na história da humanidade tem-se evidenciado um histórico de dominação do homem, esta tem sido uma característica bastante acentuada da sociedade brasileira, e em especial no Rio Grande do Sul, em que as lutas e revoluções tiveram papel fundamental na construção de sua história e na formação cultural de seu povo. Assim, é possível levantarmos a hipótese de que o somatório da origem da enfermagem (como trabalho feminino voluntário) e a exclusão dos homens nos marcos iniciais da profissão no Brasil, somados ao preconceito em relação aos papéis, inclusive profissionais de homens e mulheres, presentes na sociedade brasileira, sejam as responsáveis pela grande discrepância numérica entre homens e mulheres na enfermagem brasileira e, no Rio Grande do Sul em particular. **Conclusão:** A clara predominância das mulheres em relação aos homens no campo da enfermagem tem raízes históricas, ligadas ao preconceito e ao papel social desempenhado por ambos ao longo da história, e no caso brasileiro pode estar relacionada também à exclusão dos homens dos cursos de graduação em enfermagem, quando da fundação desses primeiros cursos, no inicio do século XX. No entanto, assim como hoje, as mulheres ocupam postos de trabalhos que por muito tempo foram dominados pelos homens, é possível que no devir da enfermagem haja um incremento de homens, diminuindo a relação pró-mulher na equipe de enfermagem, especialmente, na brasileira.

Referências

COELHO, E.C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm**. [online]. 2005, v.58, n.3 p. 345-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000300018. Acesso em: 02/04/2011.

GONZALES, R. M. B. Sofrimento na Práxis em Enfermagem: real ou deslocado em seu sentido? Florianópolis: 2001.

OJEDA, B. S. et al. Saberes e Verdades da enfermagem ACERCA: Discursos de Alunos ingressantes. **Rev. bras. enferm.** , Brasília, v. 61, n. 1, fev. 2008. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 de abril de 2011. doi: 10.1590/S0034-71672008000100012.

PUSCHEL, V.A.; INACIO, M..P.; and PUCCI, P. P. A. Inserção dos egressos da Escola de Enfermagem da USP no mercado de trabalho: facilidades e dificuldades. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2009, vol.43, n.3 [cited 2010-06-24], pp. 535-542.

177 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE OS ACIDENTES NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

PEREIRA, Fernanda Portela
(Enfermeira do Hospital da Brigada Militar de Santa Maria (HBMSM). Membro do Grupo de Pesquisa: Cuidado à saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade– PEFAS /UFSM. E-mail: nandapp_enf@yahoo.com.br)

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS)

ARRUÉ, Andréa Moreira
(Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), membro do Grupo de Pesquisa Cuidado as Pessoas, Famílias e Sociedade – PEFAS)

Descritores: Acidentes; Enfermagem Pediátrica; Lactente; Saúde da Criança.

Introdução: Este trabalho apresenta o recorte de um estudo de revisão integrativa de literatura, que teve por objetivo de conhecer a produção científica nacional sobre acidentes na infância, desta maneira serão abordados somente os aspectos quantitativos do estudo. A infância é a etapa da vida em que as principais habilidades cognitivo-motoras humanas são desenvolvidas. Esta fase é marcada por rápidas e intensas modificações, consequência natural do processo de crescimento e desenvolvimento humano. Assim, a criança, tanto pelas características inerentes à sua faixa etária, quanto pelo seu grau de dependência de cuidados de um adulto, representa um grupo etário de particular vulnerabilidade, como por exemplo, à ocorrência de acidentes (MARCONDES et al., 2003). Classificam-se de acordo com o capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 2000), como causas externas, que abrangem acidentes e violências, compreendendo lesões não intencionais e intencionais, tais como, acidentes de transporte, quedas, exposição a forças mecânicas animadas ou inanimadas, afogamento ou submersões acidentais, exposição à corrente elétrica, radiação, temperaturas e pressões extremas, intoxicações, exposição às forças da natureza, agressões, lesões autoprovocadas, entre outras não especificadas. No Brasil, no ano de 2006, ocorreram 7.035 mortes de crianças e adolescentes na faixa etária de zero a 14 anos por causas externas. Estas foram motivo de 221.782 internações hospitalares, via Sistema Único de Saúde (SUS), de jovens de zero a 19 anos, em todo território brasileiro, no ano de 2007, a principal causa dos acidentes foram as quedas, seguidas pelos acidentes de transporte, intoxicações e agressões (BRASIL, 2008). Destaca-se que os acidentes estão entre as cinco principais causas de mortalidade no mundo, ocupando em quase todos os países a segunda ou terceira colocação e que, em todo o Brasil, as lesões e envenenamentos são responsáveis por 5 a 6% do total das internações conveniadas pelo SUS, gerando gastos hospitalares de 8% do total de gastos com as internações (MARTINS, 2006). A relevância dos acidentes na infância no contexto social e a necessidade de realização de novos estudos sobre esta temática é reforçada na Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), que preconiza a realização de novas pesquisas que constituirão uma medida essencial para que o tema seja abordado como problema de saúde pública relevante e na identificação das intervenções apropriadas ao seu controle no âmbito do setor saúde. Partindo-se dessas considerações objetivou-se conhecer as tendências da produção científica nacional sobre acidentes na infância e assim, identificar as principais lacunas e necessidades de estudos científicos de modo a gerar subsídios para os profissionais de saúde no

trabalho de prevenção dos acidentes na infância. Acredita-se que pesquisas/investigações/produções científicas nessa área possam contribuir para avanços na qualificação dos serviços de saúde relacionados a saúde da criança. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa de literatura. Os artigos científicos foram selecionados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o emprego das palavras "acidentes and lactente" e "acidentes and infantil", utilizando-se o modo integrado, não havendo delimitação temporal. Optou-se por incluir artigos no idioma português, com resumo completo disponível online, resultados de pesquisas científicas de campo ou bibliográficas, reflexões, relatos de experiências e outros. Foram excluídos da pesquisa artigos que após a leitura do resumo, não se adequavam ao objeto de estudo desta pesquisa e publicações com resumos incompletos ou sem texto ou resumo disponíveis online. Neste recorte serão apresentados os dados referentes à análise qualitativa dos estudos encontrados, mostrando características como: os principais periódicos, ano de publicação, as subáreas do conhecimento, o tipo de estudo, natureza do estudo, cenário do estudo, sujeitos envolvidos no estudo e tipo de acidente. **Resultados:** No presente estudo de revisão integrativa de literatura encontrou-se nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde 8.973 artigos, destes obteve-se 2.505 artigos utilizando-se a associação de palavras "acidentes and infantil" e 6.468 artigos utilizando-se os a associação de palavras "acidente and lactente", após a exclusão dos artigos que não estavam no idioma português restaram 127 e 243 artigos, respectivamente. Por fim, após análise foram selecionados 79 artigos, os quais corresponderam aos objetivos e critérios de inclusão do estudo, sendo 39 referentes à primeira associação de palavras e 40 a segunda associação. Identificou-se publicações em 44 diferentes periódicos de diversas áreas e três teses, sendo 12 periódicos e uma tese específicos da área de enfermagem. A maioria dos periódicos publicou de um a dois artigos. Destacaram-se, o Jornal de Pediatria com sete publicações, seguido da Revista Latino Americana de Enfermagem, da Revista Nursing, do Caderno de Saúde Pública e da Revista Pediatria(SP), com quatro publicações cada um. Quanto ao ano de publicação, tem-se o primeiro artigo publicado no ano de 1985. Observando-se o progressivo de publicações ao longo dos anos, destes, onze de 1985 a 1989, cinco de 1990 a 1994, onze de 1995 a 1999, dezenove de 2000 a 2004 e trinta e três de 2005 a 2009. Observa-se o aumento significativo das produções científicas na última década, coincidindo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Política Nacional para Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001). Nota-se que as crescentes produções científicas nesta área vêm ao encontro das legislações atuais de amparo e proteção à criança e ao adolescente. Em relação às subáreas do conhecimento encontraram-se publicações em seis diferentes subáreas, tal identificação ocorreu por meio de uma busca na Plataforma Lattes pelo currículo dos autores, em um artigo não foi possível a identificação profissional. As participações mais expressivas foram das subáreas Medicina correspondendo a 50% (n=39) de todas as publicações e a Enfermagem representando 35% (n=27). Posteriormente, seguem os estudos Multiprofissionais com 9% (n=7), Direito com 3% (n=2), Farmácia 1% (n=1), Odontologia 1% (n=1) e Psicologia com 1% (n=1). No que se refere ao tipo de estudo (n=78), predominaram publicações resultadas de pesquisas de campo (n=64), seguido das pesquisas bibliográficas (n=7), das reflexões (n=4) e dos relatos de experiência (n=3), em uma publicação não foi possível identificar o tipo do estudo. Analisando-se a natureza do estudo, verificou-se que os estudos clínicos-epidemiológicos sobressaem-se significativamente em relação aos estudos sócio-culturais e políticos, representando 65% (n=46). Os de natureza sócio-cultural respondem por 34% (n=24) e os de natureza política por apenas 1% (n=1), num total de 71 publicações. Em oito publicações não houve clareza quanto a natureza do estudo. Em um total de 69 publicações, a investigação do cenário de realização do estudo revelou que 77% (n=53) das pesquisas concentram-se em Instituições de Saúde, em seguida aparecem a Comunidade com 17% (n=12) e a Escola/Creche com apenas 6% (n=4). Tais achados sugerem uma lacuna no

desenvolvimento de pesquisas junto à comunidade e crianças em idade escolar, considerando-se que este é um público imprescindível para ações de prevenção de acidentes na infância. Em dez publicações não houve identificação do cenário, pois se tratavam de pesquisas bibliográficas ou reflexões. Quanto aos sujeitos envolvidos na pesquisa (n=72), evidenciou-se a realização de pesquisas incluindo Crianças/Adolescentes 65% (n=47), seguidos de estudos envolvendo Familiares/Cuidadores com 25% (n=18) e Profissionais com 10% (n=7). Salienta-se que, apesar das crianças/adolescentes figurarem como sujeitos dos estudos, em nenhum deles houve participação direta da criança na pesquisa, mas indireta com a busca de informações por meio dos prontuários das crianças em instituições de saúde. Em referência ao Tipo de Acidente estudado (n=79), houve uma prevalência de estudos que abordaram os acidentes na infância de maneira geral, incluindo diversos tipos de acidentes, como por exemplo, queimaduras, afogamentos, quedas, intoxicações, picaduras e mordeduras animais, entre outros. Outros estudos foram mais específicos quanto ao tipo de acidente abordado. Desta maneira, pode-se considerar que as produções científicas nacionais que abordam a temática acidente na infância, na sua maioria, são produtos de pesquisas de campo, de natureza clínico-epidemiológica, tendo como cenário de estudo as instituições de saúde, envolvendo como sujeitos crianças/adolescentes, são publicadas em diversos periódicos da área da saúde e com predominância da subárea da medicina. **Conclusões:** A realização deste estudo permitiu conhecer as tendências da produção científica nacional a respeito dos acidentes na infância. Que apontou a fraca participação da enfermagem e a necessidade desta desenvolver novos trabalhos, que venham a complementar e colaborar no cuidado a essas crianças, primando pela promoção da saúde e prevenção dos acidentes, tendo-se para tanto a pesquisa como importante meio de aquisição e difusão deste conhecimento.

Referências

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 8.069 de 16/07/1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente** – Texto resumido. Brasília: Ministério da Justiça. 1990. 15p.

_____, Ministério da Saúde/SE/Datasus - **Sistema de Informações Hospitalares do SUS** - SIH/SUS.Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2008/c09.def. Acesso em 02 de out.2009.

_____, Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/2001 publicada no DOU nº 96, seção 1E, de 18/05/2001 /Ministério da Saúde. - Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
MARCONDES, et. al..**Pediatria Básica**. 9.ed.,São Paulo – SP: Sarvier, reimpressão, 2003, 843p.

MARTINS, C.B.G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Rev Bras Enferm**, 59(3): 344-8, maio-jun, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão -São Paulo (SP): Editora da Universidade de São Paulo (EDUSP), 2000, 1190p.

178 REGULAÇÃO DE EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MACHADO, Cynthia Helena Ferreira
(Acadêmica do Sexto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Bolsista PIBIC – Cnpq 2010/2011. *Email:* cynthiamachado04@hotmail.com)

DIFANTE, Cledison Marcio da Silva
(Enfermeiro. Servidor Público Municipal)

DISSEN, Caliandra Marta
(Acadêmica do Quinto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Bolsista FAPERGS)

DONADUZZI, Daiany Silveira
(Enfermeira. Especialista em Projetos Assistenciais em Enfermagem. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

MACHADO, Leticia Martins
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

BECK, Carmem Lúcia Colomé
(Doutora em Enfermagem, Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Vice líder do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

Descritores: Sistema Único de Saúde, Planejamento em Saúde, Enfermagem.

Introdução: No Rio Grande do Sul, a gestão do Sistema Único de Saúde está estruturada em uma rede interligada de 19 Coordenadorias Regionais de Saúde. Na região central do Estado se encontra a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde- 4ª CRS, cuja área de abrangência é de 31 municípios, distribuídos dentro da lógica da regionalização em 6 microrregiões de saúde. O município pólo da macrorregião centro-oeste do Estado comporta uma rede especializada e o serviço de referência em assistência hospitalar de alta complexidade – Hospital Universitário. A estrutura organizacional da 4ª CRS está subdividida em núcleos e setores, com competências específicas e direcionadas, sendo um destes - o Núcleo Regional de Planejamento e Regulação (NRPR). Tendo a Central de Regulação como setor de análise, autorização e agendamento de consultas médicas e exames de alto custo, para os 31 municípios, representando aproximadamente 580 mil habitantes. Neste contexto da gestão regional, frente ao NRPR, destaca-se o profissional enfermeiro, que exerce função de coordenar o núcleo, assegurar a integralidade, qualidade e humanização da assistência. Desse modo, o profissional é capaz de atuar em diferentes cenários de prática [1]. Este estudo foi desenvolvido considerando o planejamento, organização e regulação em nível regional por meio de diálogos com a equipe do NRPR, percebendo como necessidade do núcleo a realização de um levantamento da demanda reprimida de exames de tomografia computadorizada. Visto que é um exame de extrema importância em vários diagnósticos e tratamentos [2]. Este estudo apresenta como objetivo contribuir na reorganização da distribuição de exames de tomografia computadorizada, junto ao setor de

planejamento e regulação. **Metodologia:** O levantamento dos dados e da lista de espera dos exames de Tomografia Computadorizada (TC) deu-se no primeiro semestre de 2009, durante as atividades práticas do curso de enfermagem na disciplina de Gerência em Serviços de Saúde, junto ao NRPR da 4ª CRS. As atividades foram desenvolvidas em etapas: apresentação e discussão dos dados, reorganização dos critérios para agendamento, realização de oficinas, definição dos reguladores, construção de uma planilha de dados. Neste contexto, fez-se necessário apresentar e discutir a referida estratégia com todos os sujeitos envolvidos, usando de diversos meios de comunicação, como reuniões presenciais, e-mail, telefone e correspondências. **Apresentação e reorganização dos critérios:** Inicialmente, no primeiro semestre de 2009, foi realizado um encontro com os integrantes do Conselho de Gestão Regional - COGERE e da 4ª CRS com a finalidade de apresentar e discutir a proposta de reorientação dos critérios para agendamento do exame de TC implementada pelo NRPR. Neste âmbito, as discussões transcorreram na forma de troca de idéias e sugestões com a finalidade de definir a melhor estratégia de adequação. **Oficinas – Conhecendo a Organização do SUS:** Representantes de 30 municípios da 4ª CRS estiveram presentes, considerando-se a participação ativa por parte dos gestores municipais, fundamental para a concretização da proposta inicial. **Definir Os Reguladores Municipais:** Buscou-se definir como órgão regulador as Secretarias de Saúde, de cada município, que avaliavam a prioridade de ordem dos exames e repassavam sua demanda até o quinto dia de cada mês para que o NRPR efetivasse o agendamento junto ao serviço conveniado. A oferta é disponibilizada pelos prestadores por meio da contratualização e/ou convênios firmados conforme a Programação Pactuada Integrada que é responsável por informar o número de exames disponibilizados para cada município de acordo com o número total de habitantes. Sendo a fiscalização deste processo por meio do Conselho Municipal de Saúde – CMS, respeitando o princípio da equidade. **Construção de uma planilha com serviços oferecidos e atualizações:** Foi construída uma planilha para a explanação dos dados dos serviços oferecidos, contratualizados e exames realizados, a qual estava sendo atualizada mensalmente e revisada dentro das necessidades reais de cada um dos municípios da 4ª CRS. A mesma foi instalada no intuito de adequar a demanda e distribuição de maneira equânime, sem favorecimento de municípios ou regiões. Nesta, consta todos os municípios, a série histórica anual de recebimento de cotas, prestadores, exames recebidos e demandas reprimidas (quando informadas), e possibilita, ainda, comparar essas informações com as do período que antecedeu a implementação da reorientação dos critérios para agendamento. **Resultados:** Por meio do monitoramento da oferta/demanda e quantitativo de exames realizados pelos municípios de abrangência da 4ª CRS, no final do quarto mês de desenvolvimento foi possível avaliar o impacto da relação oferta/demanda. Para avaliação da proposta foram considerados os números iniciais e finais de demanda reprimida, tempo de espera dos exames e o aproveitamento da oferta pelos usuários. Os dados iniciais mostram que a demanda reprimida tinham 716 exames de TC, ao final esta demanda era de aproximadamente 595 solicitações, tendo uma redução de 17%. Assim, foi constatada a redução do tempo de espera dos exames. Ao referenciar o aproveitamento da oferta disponibilizada está evidente a coerência em descentralizar a distribuição das demandas, que atualmente alcançam o índice de 96% de aproveitamento dos exames disponibilizados, na qual anteriormente representava 85%. Esses resultados foram apresentados aos gestores em reunião do COGERE em outubro de 2009, reforçando a importância de compartilhar as informações com os trabalhadores e conselheiros de saúde de seus municípios e, também, a ampliação desta proposta para outros exames. **Conclusões:** O desenvolvimento desse remanejamento da regulação dos exames junto à 4ª CRS, por meio Núcleo Regional de Planejamento e Regulação possibilitou elucidar as diversas competências inerentes ao enfermeiro, principalmente no que se refere ao gerenciamento. Além de oportunizar conhecer de maneira mais clara o funcionamento do serviço de regulação em suas bases legais e

administrativas. Viabilizou a identificação do trabalho de enfermagem nos campo de atuação em gestão, planejamento e regulação, os quais são de extrema importância profissional. Os encontros com os sujeitos envolvidos: prestadores, equipe do NRPR da 4ª CRS, COGERE, profissionais das Secretarias Municipais de Saúde dos 31 municípios; exerceram papel fundamental para operacionalização dos objetivos propostos, constituindo elementos básicos para o conhecimento e exercício da gestão em nível regional. Pontua-se que a experiência e a participação ativa dos sujeitos envolvidos, por meio de sugestões e troca de idéias, contribuiu de forma significativa para o êxito das ações realizadas. É importante referir que trabalhos em gestão devem ter continuidade por acadêmicos da área de saúde para um melhor e maior conhecimento de seu funcionamento, extensões e expectativas, visando que os futuros profissionais estejam preparados para trabalhar e contribuir com aspectos relacionados à gestão, contratos, convênios e contratualizações.

Referências

1 _____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001.** Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001

2_____. **Portaria nº 569/SAS, de 15 de Agosto de 2002**. Altera as tabelas do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. Diário Oficial da União, Brasília, 19 ago.2002.

3 BRASIL. **SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS:** Uma construção coletiva. PNS 2008/2009 – 2010. Série Cadernos de Planejamento, v.9. 2010.

179 EFICÁCIA DAS ORIENTAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS NA CLÍNICA CIRÚRGICA DE UM HOSPITAL DE ENSINO

SILVA , Rodrigo Marques da
(Acadêmico do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem (SESU/MEC). Integrante do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Linha de Pesquisa Stress, *Coping e Burnout*. Email: marques-sm@hotmail.com)

SOARES , Rhea Silvia de Ávila
(Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Unidade de Clinica Cirúrgica, Especialista em Saúde Pública pela Faculdade Internacional de Curitiba, Coordenadora do Grupo de Estudos de Lesões de Pele (GELP) do HUSM)

LANA , Letice Dalla
(Enfermeira, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde, da linha de cuidado: Crônico- Degenerativo do Hospital Universitário de Santa Maria. Rua: Dr. Pantaleão, 200 apt.201. Centro. CEP: 97180-010. Santa Maria- RS)

BIRRER , Jucelaine Arend
(Enfermeira do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Unidade de Internação Cirúrgica, Especialista em Gestão da Clínica dos Hospitais do SUS, Preceptora de Campo da Linha de Cuidado Crônico Degenerativo da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde do CCS/UFSM/HUSM, Mestranda em Administração pela UFSM)

Descritores: enfermagem; cuidados de enfermagem; cuidados pré-operatórios.

Introdução: As práticas educativas em saúde no contexto da enfermagem são uma realidade efetiva, pois o enfermeiro tem essas atividades como instrumento fundamental para uma assistência de qualidade. Na atenção ao cliente que necessita um procedimento cirúrgico, a equipe de enfermagem é responsável pelo seu preparo, estabelece e desenvolve diversas ações e cuidados, conforme a cirurgia. Esses cuidados, por sua vez, são executados de acordo com conhecimentos especializados para atender às necessidades do tratamento cirúrgico e incluem orientação, preparo físico e emocional, avaliação e encaminhamento ao centro cirúrgico. Isso é feito para diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório. O enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem e tomada de decisão sobre o cuidado prestado, assim deve planejar as ações de educação em saúde que desenvolverá com seu cliente para prevenir e minimizar os estressores da cirurgia. (CHRISTÓFORO E CARVALHO, 2009) O processo ensino-aprendizagem do adulto que aguarda um procedimento cirúrgico começa no pré-operatório, período em que o enfermeiro deve estabelecer um vínculo com o cliente e a família para ajudá-los a compreender a situação concreta, a fim de melhor se adaptarem à mudança do estilo de vida, que surgirá após a cirurgia, para que, no momento da alta hospitalar, o paciente e seu cuidador estejam preparados para os cuidados no domicílio. Uma das funções do enfermeiro é subsidiar um ambiente de desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes nos clientes. Para tanto, é necessário que a instituição e os profissionais desenvolvam atividades que desencadeiem tal processo. (CHRISTÓFORO E CARVALHO, 2009) Os enfermeiros da Clinica Cirúrgica, a partir das ações de educação em saúde, buscam identificar e reduzir os fatores causadores de ansiedade, medo e desconfortos ocasionados frente ao procedimento cirúrgico. Os elementos utilizados neste processo incluem capacidade de comunicação por meio de atividades de orientação que valorizam o saber do cliente, sendo o enfermeiro o seu facilitador. No entanto,

durante as orientações são fornecidas informações a estes clientes que, por vezes, não conseguem assimilá-las e formular questionamentos sobre o ato cirúrgico. Assim, justifica-se a necessidade de identificar se as estratégias e/ou metodologias utilizadas pelos enfermeiros da unidade para orientar os clientes estão realmente auxiliando nas orientações. Desde janeiro de 2008, os enfermeiros da Unidade de Clinica Cirúrgica do hospital de ensino estudado realizam atividades de educação em saúde em um ambiente criado para este objetivo. No referido hospital, são realizados processos cirúrgicos de várias especialidades, contudo, utilizaram-se os pacientes submetidos à esofagectomia e gastrectomia, pois elas têm apresentado freqüência notável, conforme setor estatístico hospital (Setor Estatístico do HUSM, 2010) Assim, necessita-se saber se as orientações pré- operatórias prestadas pelas enfermeiras que atuam nessa unidade são efetivas para os usuários de saúde. **Objetivo:** avaliar a eficácia das orientações pré- operatórias prestadas aos clientes submetidos às cirurgias de Gastrectomia e Esofagectomia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados de novembro de 2010 a janeiro de 2011, através de um questionário com dados sócio-econômicos e questões fechadas. O cenário do estudo foi um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Os enfermeiros da unidade realizaram as orientações pré-operatórias aos pacientes com agendamento de esofagectomia e (ou) gastrectomia e, no pós-operatório, realizaram a coleta. A aplicação do questionário foi realizada após o aceite do paciente em participar da pesquisa e após assinatura do Termo de Consentimento. Após a coleta, as respostas foram quantificadas em freqüência absoluta (FA) e freqüência relativa (FR). Incluíram-se no estudo clientes, maiores de 18 anos, que aceitaram participar da pesquisa, de maneira voluntariada e que estiveram internados na Unidade de Clínica Cirúrgica no período do estudo, com diagnóstico médico de câncer de esôfago ou gástrico, para realização de esofagectomia e gastrectomia, respectivamente. Excluíram-se aqueles que não aceitaram participar da pesquisa, com diagnóstico de câncer de esôfago e gástrico, mas que não realizaram os procedimentos supracitados, bem como demais diagnósticos. Também não foram incluídos clientes que não puderam se expressar verbalmente. Este estudo conforma-se como um subprojeto decorrente do projeto nº 0205.0.243.000-10, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM. **Resultados:** Obteve-se um total de dez pacientes que realizaram cirurgia de gastrectomia ou esofagectomia no período. Desses, um foi a óbito e outro necessitou de cuidados intensivos no pós-operatório imediato e tardio. Portanto, foram excluídos e restaram oito pacientes para a pesquisa. Tal fato aponta que as cirurgias de esofagectomia e gastrectomia são complexas e necessitam de cuidados no período perioperatório. Para os dados sócio-econômicos, observou-se que 75% dos entrevistados eram do sexo masculino e 25% do sexo feminino. A faixa etária ficou entre 41 e 78 anos, com média etária de 59,5 anos. Sobre o grau de instrução, observou-se que 37,5% dos entrevistados possuem Ensino Fundamental Incompleto, 12,5% nunca estudaram, tem ensino fundamental completo, ensino médio completo ou incompleto. Isso indica que o grau de instrução dos entrevistados é baixo, o que corrobora com outro estudo que a maioria dos pesquisados eram analfabetos ou com primeiro grau incompleto. No mundo ocidental, as neoplasias esofágicas têm maior freqüência em homens, negros, com mais de 50 anos e de nível sócio-econômico baixo, o que corrobora com os dados encontrados, referentes ao câncer de esôfago, exceto pela raça que não foi analisada nesse estudo. Com relação ao sexo, a prevalência de câncer entre homens e mulheres é muito similar nos países desenvolvidos, enquanto nos países em desenvolvimento, a prevalência nas mulheres é 25% maior, o que reflete o predomínio, em homens, de localizações de câncer com pior sobrevida, tais como fígado, esôfago e estômago. A maior parte (62,5%) dos pacientes era casada (o), seguido por viúvos (as) e divorciados, ambos com 12,5%. Em estudo realizado, também 55% dos pacientes eram casados, 25% divorciados e 5% viúvos. (Guerra, Gallo e Mendonça, 2005) Percebeu-se que a maioria eram aposentados (37,5%) e agricultores (25%). Isso se verifica em outro

trabalho em que a maioria dos pacientes eram agricultores (29,9%) e domésticas (28,9%). (QUEIROGA E PERNAMBUCO, 2006) Quanto ao diagnóstico médico, às neoplasias gástricas e esofágicas destacaram- se, ambas compuseram 42,85% das respostas. A neoplasia é terceira causa por internação hospitalar, com percentual de 11,3% da população do município de Santa Maria. (DATA SUS, 2004) Um fator que interfere no surgimento de câncer esofágico é o mate, consumido com freqüência na região Sul do País. Além disso, ele se destaca como importante fator de risco, junto ao álcool e tabaco, e em algumas áreas é consumido muito quente. Somam-se a isso os hábitos alimentares como o churrasco, muito comuns nessa região. Segundo Queiroga e Pernambuco (2006), Porto Alegre é uma das capitais que apresenta altas taxas de incidência, ajustadas por idade, de câncer de esôfago no país. Do total de entrevistados, a metade usava drogas, sendo que 50% destes responderam afirmativamente para o uso de tabaco, 33,34% para o uso de álcool e 16,66% para quaisquer tipos de drogas ilícitas. Sobre isso, estudos apontam o consumo de tabaco e de álcool como importantes e independentes fatores de risco para o câncer do trato aerodigestivo superior nos países da América Latina. Além disso, as deficiências nutricionais associadas ao alcoolismo e ao tabagismo podem contribuir para o processo da carcinogênese. (QUEIROGA E PERNAMBUCO, 2006 O fumo, isoladamente, aumenta o risco de câncer de esôfago em 2 a 4 vezes. Quanto ao álcool, destaca-se que algumas bebidas possuem quantidades significativas de carcinógenos, como os hidrocarbonetos policíclicos, óleos de fúsel e nitrosaminas, além de outros compostos mutagênicos. (Guerra, Gallo e Mendonça, 2005) Sobre as orientações, 75% dos clientes receberam-nas no pré-operatório, sendo 62,5% orientados pelos (as) enfermeiros (as) e 12,5% por médicos ou outros profissionais de saúde. Destaca-se que 25% não receberam orientações e um paciente não recordava se havia sido orientado. Para se realizar qualquer tipo de atividade é necessária competência profissional, que consiste na aquisição de conhecimento, desenvolvimento de habilidades e atitudes para a realização da prática proposta. (CHRISTÓFORO E CARVALHO, 2009) Sobre as orientações recebidas pelos pacientes, observou-se que 15% das respostas foram para os itens Drenos e Sondas e Tubos e 12,5% para anestesia. As informações referentes ao retorno a unidade, doadores de sangue e tempo de cirurgia foram lembradas, contemplando 10% das respostas. Os outros itens tiverem freqüência de 7,5%. A menor taxa de respostas para o item “uso de próteses” com 5%. Em estudo realizado por Christóforo e Carvalho (2009) as principais orientações fornecidas pelos profissionais antes da realização do procedimento foram: jejum; informado à metade dos pacientes que receberam este cuidado; a tricotomia para 39%; a retirada da prótese dentária para 31,4%. **Conclusão:** A realização desse estudo revelou que a maioria dos pacientes recebeu orientações adequadas no pré- operatório. Isso confirma a importância do enfermeiro assumir seu papel de educador em saúde e evidencia o compromisso social desse profissional. A partir dos resultados desta pesquisa, ressalta-se a necessidade de o enfermeiro realizar suas atividades educativas de forma contínua, com beneficio à assistência prestada.

Referências

CHRISTÓFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S**.** Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 43, n.1, p.15, 2009.

Departamento de Informática do SUS (Data SUS). Morbidade Hospitalar do SUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>. Acesso em 10/12/2010 às 16 horas. Brasília. Ministério da Saúde,2004.

GUERRA, M.R.; GALLO, C.V.M.; MENDONÇA, G.A.S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 51, n.3, p.227-234, 2005.

QUEIROGA, R.C.; PERNAMBUCO, A.P. Câncer de esôfago: epidemiologia, diagnóstico e tratamento. Revista Brasileira de Cancerologia. v. 52, n. 2, p. 173-178, 2006.

SETOR ESTATÍSTICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA(HUSM). Cirurgias de Esofagectomia e Gastrectomia: Registro de Cirurgias do HUSM. Santa Maria(RS): HUSM;2010.

180 PERCEPÇÃO DAS IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DE ADOECIMENTO NA VIDA SOCIAL DO PORTADOR DE TRANSTORNO BIPOLAR

FERNANDES, Caren Regina
(Enfermeira. carenregi@gmail.com)

MARTINS, Ricardo Vianna
(Psicólogo. Doutor em psicologia. Professor da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte – RS, Campus de Palmeira das Missões. ricardomartinsead@gmail.com)

Descritores: Transtorno Bipolar, Relações Interpessoais, Saúde Mental.

Introdução: O transtorno afetivo bipolar (TAB) caracteriza-se por oscilação do humor da depressão à euforia, com períodos de normalidade.[1] O foco em especial neste transtorno são as suas implicações na vida social destes indivíduos, sendo que as relações sociais apresentam-se em risco. As oscilações de humor acabam gerando atritos e conseqüências como perda de emprego, fim relacionamentos, abuso de substâncias químicas e até mesmo o suicídio.[2] Diante do estudo pode-se conhecer que implicações são estas que a doença produz na vida social destes indivíduos, facilitando o apoio, as orientação, melhorando a qualidade de vida dos portadores deste transtorno. Conhecendo a si mesmos, identificando em que pontos a enfermidade lhes prejudica, faz com que compreendam melhor a sua condição, estruturando a sua mente para que possa usar seu potencial interno para tentar um maior ajustamento à sociedade, assim, ensinar respostas de enfrentamento e aumentar a satisfação que o paciente obtém de sua interação com o mundo.[2] **Objetivos:** O estudo teve como objetivo conhecer a percepção das implicações do processo de adoecimento na vida social do portador de transtorno bipolar e como objetivo específico compreender quais são estas dificuldades.**Metodologia:** Pesquisa do tipo exploratória, qualitativa e de campo realizada no período de outubro de 2010 no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, com população alvo 4 sujeitos usuários do CAPS, todos com diagnóstico de TAB. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e foi aprovada pelo Parecer Nº 0253.0.243.000-10. Para a análise da produção dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo temática de Minayo. A coleta de dados foi feita por meio de uma entrevista gravada, semiestruturada, contendo oito questões focando: a vida social, a convivência familiar, suas percepções e sentimentos em relação a estas implicações e aos surtos. O critério foi amostra por conveniência, sendo todos do sexo feminino. Na análise dos dados utilizamos os depoimentos dos sujeitos entrevistados para ilustrar as categorias, usamos a letra 'S' inicial da palavra sujeito seguida de um número (S1, S2, S3, S4), para preservar o anonimato dos informantes. Os dados coletados foram analisados qualitativamente por meio da leitura e releitura das entrevistas de acordo com a análise de conteúdo temática de Minayo. Esta análise consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Realiza-se em três etapas: Pré-análise: que consiste na escolha dos documentos a serem analisados, na qual se realizou a transcrição literal das entrevistas e posteriormente, as falas foram selecionadas de acordo com as perguntas realizadas no roteiro. Após realizaram-se inúmeras leituras dos dados, retomando as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, organizando frases que subsidiaram a análise; Exploração do material: na qual se transformam os dados brutos, agrupando os dados semelhantes, definindo assim as categorias; Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: aqui os resultados brutos, submetidos a leituras, foram separados por relevância ou repetição, buscando pelo do

referencial teórico, compreender as informações coletadas, fazendo articulações entre as informações coletadas e os referenciais teóricos da pesquisa, assim como argumentando frente aos autores e falas. **Resultados:** A partir de questionamentos sobre como estes sujeitos percebem suas relações sociais, emergiram depoimentos que apontaram para temas que se repetiam nos depoimentos, criando-se assim três categorias temáticas: sendo a primeira categoria sobre o trabalho, em que a dificuldade na inserção do mercado de trabalho, em que na percepção dos participantes quanto aos problemas que o trabalho os apresenta. A ausência ou perda de emprego dos sujeitos do estudo é um constante nos casos. O risco de desemprego de pacientes com este transtorno é duas vezes maior do que a população geral e, quando empregados mostram uma grande queda ocupacional. Os depoimentos emergem temas como comportamentos tempestuosos devido às oscilações de humor, sendo que todos os entrevistados, em algum momento, identificam as oscilações de humor como fator estressor, que dificulta a vida, que gera dor, sofrimento e arrependimento de coisas que acabam fazendo em função do que pensam ou sentem. O humor e a regulação afetiva são inseparáveis do conjunto da pessoa e de sua vida social, fazendo parte tanto das funções biológicas ligadas à sobrevivência, como dos processos de constituição da subjetividade e das relações interpessoais.[3] A paranóia - sendo esta uma moléstia em que o indivíduo faz interpretações erradas e delirantes[4], e o esquecimento como um fator somatório. A segunda categoria sobre relacionamentos afetivos, trata dos diversos conflitos que estes sujeitos enfrentam, principalmente dentro da família a qual sofre desgaste, logo o portador de TAB tem suas construções de relacionamentos prejudicadas. Entretanto, consideramos que, geralmente, há um déficit na maneira que a família entende e lida com seu familiar com doença mental. Realçando, o desentendimento familiar, as agressões verbais e físicas, as brigas, são fatores que favorecem o desequilíbrio do doente, enfatizando ainda que a relação familiar é o sustentáculo e a base para uma boa estrutura emocional para o paciente portador de doença mental, tanto para a prevenção de uma crise, como para sua manutenção e recuperação.[5] A auto desvalia e tentativa de suicídio foi considerada a terceira categoria, na qual a amostra apresenta a auto-agressão como um agravo da doença. Os depoimentos nos remetem uma idéia de que o desajuste social pode ser um fator que está interligado à depressão e consequentemente à ideação suicida, o fluir dos questionamentos em relação a estes sentimentos mostra que há falta de expectativa de um futuro, ausência de autoconfiança e capacidade de enfrentamento. **Conclusões:** O sofrimento enfrentado pelo sujeito com diagnóstico de TAB, também é enfrentado pelos familiares, o que faz com que eles se sintam um peso para a família, levando a tentativas de suicídio. Compreendemos que o que falta para as famílias seja um esclarecimento maior sobre a doença e orientações para conviver com o problema, pois se sabe que os familiares têm papel de ajudar na continuidade do tratamento. Uma equipe multidisciplinar precisa compreender o contexto do sujeito que tem TAB, oferecendo orientações e suporte necessário, na tentativa da reincerção social, para que ocorra uma melhoria na qualidade de vida das pessoas com diagnóstico de transtorno bipolar, assim como na de suas famílias. Acredita-se que o tratamento ao TAB deve contemplar com as três participações: a equipe de saúde - envolvendo a terapia medicamentosa, psicoterapia, orientações e acompanhamento, o portador como participante ativo e a família - como coadjuvante no processo da assistência.

Referências

1. Towsend, M.C. Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos e cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

2. Stuart, G.W & Laraia, M.T Enfermagem psiquiátricas 4 ed.. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002.

3. Bernardi R. Transtornos de humor bipolar: uma visão integradora. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul. 2007; 29(3): 259-261.

4. Kraepelin, Emil. Paranoia (Verrücktheit) - 1904. Rev. latinoam. psicopatol. fundam., São Paulo, v. 13, n. 2, June 2010.

5. Alonso SG. Falando sobre a reinternação psiquiátrica: a voz das pacientes. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.

181 INTERNAÇÃO EM PRONTO-SOCORRO: DESGASTE FÍSICO E EMOCIONAL IDENTIFICADOS PELOS PACIENTES *

* Texto extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) "Fatores de desgaste físico e emocional identificados por pacientes internados em pronto-socorro" do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM)

SANTOS, Tuane Mendes dos
(Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem/ UFSM)

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem/UFSM)

BECK, Carmem Lúcia Colomé
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

GRECO, Patrícia Bittencourt Toscani
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM/PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

CERON, Marinez Diniz da Silva
(Enfermeira. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem)

PROCHNOW, Andréa
(Relatora. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da UFSM/PPGEnf/UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem. Email: andrea.prochnow@yahoo.com.br)

Descritores: Enfermagem; Serviço hospitalar de emergência; Hospitalização; Perfil de saúde.

Introdução: Na atualidade, as unidades de Pronto-Atendimento (PA) e de Pronto-Socorro (PS) são importantes portas de entrada para o usuário que procura a assistência médica, já que parte da população procura essa assistência por meio de consultas nesses serviços, ao invés de buscar atendimento na rede básica de saúde (O'DWYER e OLIVEIRA, 2008). A falta de definições de políticas, a baixa resolutividade nos serviços de atenção básica, somada a dificuldade de mudança de hábitos culturais da população leva o usuário a buscar assistência onde exista a porta aberta (MARQUES e LIMA, 2007). Como resultado dessa situação, evidencia-se a superlotação dos leitos nessas unidades. O fato de ser admitido mesmo que temporariamente, no serviço de emergência, faz com que os pacientes passem a integrar um ambiente estressante, no qual o vai-e-vem da equipe, a submissão às normas e rotinas do serviço, a sua própria situação de saúde podem revelar dúvidas, incertezas, aumento da ansiedade, dentre outras manifestações as quais poderão interferir na sua recuperação (NAZÁRIO, 1999). Acredita-se que, ao ampliarem-se conhecimentos acerca do processo de internação dos pacientes em unidade de PS pode-se favorecer uma melhor compreensão da situação vivenciada por eles, o que pode propiciar o desenvolvimento de uma assistência que atenda às suas especificidades e promova seu bem-estar. Pode contribuir, ainda, para a equipe de saúde pois possibilita um repensar na formação acadêmica sobre o modo de atuar/cuidar de pessoas internadas em unidade de emergência. **Objetivo:** Identificar os fatores que causam desgaste físico e

emocional ao paciente durante o período de internação no Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria, Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa realizada com pacientes adultos internados no PS, utilizando-se um roteiro para coleta dos dados sociodemográficos e uma entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram realizadas entre os meses de março e abril de 2010 após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE n.0327.0.243.000-09. A questão principal apresentada aos entrevistados na entrevista foi: "Fale-me como está sendo sua internação na unidade de pronto-socorro?". Atendendo às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo seres Humanos (BRASIL, 1996) foi solicitado aos sujeitos do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual refere a participação voluntária na pesquisa, após a explicação completa e pormenorizada por parte da pesquisadora sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que este poderia acarretar. As respostas foram gravadas mediante autorização dos pacientes e tiveram duração média de 20 minutos. Os dados resultantes das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo (MINAYO, 2008). A análise dos dados ocorreu em torno de três eixos temáticos: fatores referentes ao ambiente, fatores referentes ao paciente e fatores referentes à equipe de saúde. A fim de preservar a identidade dos pacientes, os depoimentos foram identificados pela letra "E" de entrevistado, seguida de números arábicos, conforme a ordem em que as entrevistados foram realizadas. **Resultados e discussão:** Dentre os pacientes entrevistados, as idades variaram entre 25 e 75 anos, com predominância do sexo masculino (60%) e procedentes de Santa Maria (50%). Quanto ao motivo da internação, obteve-se 18 diagnósticos diferentes entre os vinte entrevistados, o que aponta para a diversidade de diagnósticos e necessidades individuais. No primeiro eixo temático, *fatores referentes ao ambiente* emergiram duas categorias: *ambiente e repouso* e *convivência com o sofrimento alheio*. Na categoria *ambiente e repouso*, caracterizada como o local em que os pacientes se encontravam e uma necessidade apresentada por eles, percebeu-se a influência do ambiente em sua internação no que diz respeito ao ambiente social, como por exemplo, a falta de liberdade devido à quantidade de pacientes no mesmo espaço físico. A acomodação em macas, os ruídos comuns no ambiente e a constante troca de lugar dentro do salão, também foram citados pelos pacientes como fatores de desgaste, o que dificultava o repouso desejado. Na categoria *convivência com o sofrimento alheio*, na percepção dos pacientes acerca do que ocorre ao seu redor, ficou destacado o desgaste emocional que esta situação lhes causava. No segundo eixo temático, *fatores referentes ao paciente*, emergiram três categorias: *sentimentos despertados durante a internação, falta da família e expectativa de alta hospitalar*. Na categoria, s*entimentos despertados durante a internação observaram-se* pelos depoimentos que durante a internação em PS o paciente pode manifestar sentimentos de tristeza, desespero, solidão, angústia, desânimo e impotência, uma vez que se encontra em um ambiente desconhecido, com rotinas diferentes das quais costumam ter em sua casa, tais como: alimentação, lazer e horário de refeições. A *falta da família* foi citada por vários entrevistados, já que os pacientes demonstraram que gostariam da presença de algum familiar durante o momento da internação. Os depoimentos revelam a importância da família como fonte de segurança durante a internação. A categoria e*xpectativa de alta hospitalar* por parte dos pacientes ficou evidente durante a realização do estudo, sendo manifestada pela ansiedade e pelo desejo intenso de voltar para casa. Entretanto, quando os pacientes começaram a compreender a extensão do comprometimento corporal e a necessidade da hospitalização, foram se conformando com a situação, buscando encontrar algum sentido para sua permanência ali. O terceiro eixo temático *fatores referentes à equipe de saúde* foi constituído por duas categorias: *incerteza da conduta médica a ser estabelecida/demora na resolução do problema de saúde* e *bom atendimento da equipe.* A *incerteza da conduta médica a ser estabelecida e a demora na resolução do problema de saúde* foi um ponto ressaltado em vários momentos durante

as entrevistas, sendo essa uma situação geradora de angústia nos pacientes. A categoria *bom atendimento da equipe, demonstra que, a*pesar da situação não ser a ideal como contraponto foi mencionado em vários depoimentos o bom atendimento por parte da equipe. **Considerações:** O estudo identificou as necessidades físicas, psíquicas e sociais dos pacientes e a revelação de angústias, medos e incertezas provenientes de uma internação demorada em unidade de pronto-socorro. Tais constatações revelam o quão importante é o dialogo, a percepção do paciente não somente como um corpo doente, mas portador de sentimentos que necessitam ser valorizados e de dúvidas que devem ser sanadas por quem cuida. No que tange aos fatores de desgaste físico, evidenciou-se a necessidade de repensar a forma de "alojamento" ou acomodação dos pacientes no que tange ao ambiente físico do PS; a redução dos ruídos e da iluminação; com o intuito de proporcionar maior privacidade e tranqüilidade aos pacientes A identificação de que, mesmo num ambiente difícil e conturbado, o atendimento foi considerado, por alguns pacientes, como bom remete ao reconhecimento por parte dos pacientes e familiares. No que tange a realização da pesquisa propriamente dita, constatou-se durante a coleta de dados algumas limitações como, por exemplo, a dificuldade de manter a atenção dos pacientes voltada para a entrevista devido a barulhos externos e grande movimentação no ambiente; interferência de residentes e acadêmicos junto aos doentes para realizarem o exame físico; a administração de medicações pelos técnicos de enfermagem; dentre outros aspectos. Outra limitação diz respeito à transcrição das entrevistas, pois a audição de alguns pontos das falas se fez difícil, devido à interferência de conversas ao redor e barulhos externos como, por exemplo, carrinhos da nutrição distribuindo a alimentação aos pacientes, a superlotação do local (muitas falas colaterais), a grande movimentação de profissionais da saúde e visitantes. Ressalta-se ainda que, apesar das dificuldades impostas pelo próprio contexto da unidade, os achados da pesquisa são relevantes para estimular que os profissionais da saúde atuem considerando a necessidade da busca pela integralidade da assistência. Reforça-se a necessidade de novos estudos que venham a contribuir no entendimento da complexidade de estar internado em uma unidade de emergência, bem como estudos que avaliem as consequências da internação prolongada de pacientes em pronto-socorros, no que se refere à saúde dos trabalhadores.

Referências

1 BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos.** Resolução N° 196/96, de outubro de 1996. Brasília. 1996.

2 MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Demandas de usuários a um serviço de Pronto Atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.15, n.1, p. 13-19, 2007.

3 MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec – Abrasco; 2008.

4 NAZÁRIO, N.O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência**. Florianópolis: Editora Insular; 1999.

5 O'DWYER, G.; OLIVEIRA, S.P. Avaliação dos Serviços Hospitalares de emergência do Programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva**. v.14, n.5, p. 1881-1890, 2008.

182 APLICAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS) EM PACIENTE DE CLÍNICA CIRÚRGICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

DALLA NORA, Taís Trombetta
(Autora/Relatora. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul. Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família do município de Três Passos. E-mail: taistrombetta@yahoo.com.br)

AMTHAUER, Camila
(Autora. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul)

Descritores: Enfermagem; Atenção a saúde; Assistência Individualizada de Saúde.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma variação de um caso clínico, um trabalho com toda equipe de saúde para poder entender o sujeito no seu processo de saúde-doença para definir as propostas de ações que serão desenvolvidas junto ao paciente, com seu consentimento, pela equipe multiprofissional de saúde. O projeto busca a singularidade como elemento principal para a articulação, ou seja, uma forma de assistência que visa as necessidades individual de cada sujeito. Ele é dividido em cinco partes: diagnóstico, definições de metas, divisão de responsabilidades, negociação e reavaliação (CARVALHO & CUNHA, 2006). O desenvolvimento do PTS pode acontecer em diferentes cenários, envolvendo pessoas que necessitam de cuidados individualizados, uma vez que conforme Brasil (2007) envolve propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo resultado de um trabalho interdisciplinar geralmente dedicada a situações mais complexas. Em um ambiente hospitalar parece inviável para muitos profissionais a realização do PTS, devido aos poucos dias de internação e a perda do contato com o paciente no momento da alta, quando o serviço de referência e contra-referência não se torna eficaz ou até mesmo não é iniciado. No entanto frente à necessidade percebida, a oportunidade de estar prestando uma assistência qualificada e resolutiva os profissionais podem sim desenvolver o PTS no ambiente hospitalar. Na unidade de internação de Clínica Cirúrgica pode ser desenvolvido junto a pacientes que necessitem de um atendimento mais individualizado e realizado pela equipe multiprofissional o acompanhamento, uma vez que nesse unidade pode-se encontrar sujeitos que possuem alguma patologia crônica, que irá conviver até sua morte com essa doença, necessitando de propostas que visem sua melhora, reabilitação e aceitação de seu real caso clínico. Sendo a equipe de enfermagem constituída por profissionais que ficam em contato com os pacientes por um maior tempo, em uma unidade hospitalar 24 horas por dia, dentro da Clínica Cirúrgica seu trabalho se desenvolve nos momentos pré e pós-cirúrgicos. A enfermagem perioperatória aborda aspectos das três fases da experiência cirúrgica: pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória. Na fase pré-operatória a enfermagem estabelece uma avaliação basal do paciente por meio de uma entrevista pré-operatória, incluindo um exame físico e emocional, história clínica e anestésica prévia, identificação de alergias, checar se os exames pré-admissionais (EPA) foram ou serão realizados (SMELTZER et al, 2009). Nessa perspectiva o presente trabalho objetiva relatar a aplicação de um PTS junto a uma paciente cirúrgica internada em um hospital universitário. Trata-se de um relato de experiência da realização de um PTS junto a uma paciente de Clínica Cirúrgica, tendo como responsáveis acadêmicas de enfermagem do 8º semestre da Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul. A realização do PTS contou ainda com a colaboração de residentes multiprofissionais das seguintes áreas: enfermeira, nutricionista e

psicóloga. A atividade foi realizada no período de 14 de setembro de 2010 ao dia 26 de outubro de 2010, no momento as acadêmicas de enfermagem realizavam o último estágio da graduação e acharam ser um momento ideal para aplicar os conhecimentos teóricos, adquiridos acerca da elaboração do PTS. Inicialmente foi elaborada a árvore genealógica da família da paciente envolvendo ela, seu esposo, seus filhos, e netos. O PTS seguiu as cinco etapas: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades, negociação, reavaliação. O diagnóstico contemplou as características sociais da paciente, seu perfil e de sua família. A paciente tinha 55 anos, casada, aposentada, estudou até a 3ª série do ensino fundamental reside na zona urbana, tem um filho, praticante da religião Evangélica de Confissão Luterana, o motivo de sua internação na unidade de Clínica Cirúrgica foi devido a procedimento cirúrgico pleuroscopia, drenagem de tórax, biópsia, pleurodese. No PTS foram observadas as medicações utilizadas pela paciente, os procedimentos que o mesmo foi submetido, sinais vitais, foram traçados os diagnósticos de enfermagem e o parecer psicológico. Ao definir metas foram realizadas prescrições de enfermagem, de fisioterapia, psicologia, nutrição. As responsabilidades foram divididas entre as acadêmicas e a enfermeira da residente multiprofissional. A negociação foi pactuada junto ao paciente e seu cônjuge. As avaliações foram realizadas pelas acadêmicas de enfermagem e por todas profissionais envolvidas na atividade, nesse momento relatou-se as mudanças de unidade de internação que a paciente sofreu, bem como os tratamentos que foram acrescentados na terapêutica da mesma, como a quimioterapia. A paciente recebeu alta hospitalar e no momento de seu retorno para re-consulta a mesma foi reavaliada pela acadêmica de enfermagem, pela nutricionista e fisioterapeuta, no momento foi percebido que a paciente teve uma boa compreensão, considerou estar no momento inicial do tratamento, conseguiu expressar seu entendimento sobre a patologia e sobre o tratamento que esta realizando. No entanto, ela trouxe alguns pontos que mereceram atenção. Em seu discurso, remeteu-se muito à história de sua mãe, que fez tratamento para câncer. Ao falar sobre isso, sentiu-se bastante angustiada e revelou certos medos; como a possível perda de sua mãe, o receio de que fique em situação semelhante a dela, além da difícil realidade de passar da posição de alguém que cuida para alguém que terá, também, que ser cuidada. Na oportunidade foram fornecidas orientações ao paciente e percebido seu melhor estado de aceitação em relação ao tratamento, no momento da re-consulta foi o último contato com o mesmo, pois no município de origem não foram contatados serviços de referência e contra-referência. Com o desenvolvimento o PTS em um ambiente hospitalar conclui-se que é possível realizá-lo em um cenário passageiro, ou seja, em um local que o paciente não ficará muito tempo em contato com a equipe, mas que nesse tempo é possível desenvolver e programar ações que melhorem a recuperação do processo saúde-doença do ser humano. Ao longo do desenvolvimento do PTS percebeu-se a boa aceitação da paciente ao tratamento e aos membros da equipe, pois eram explicados os procedimentos e pactuado junto a ela o que poderia ser desenvolvido, sendo assim as atividades que foram elaboradas para a melhora da paciente surtiu efeito, pois a mesma referiu melhora de seu bem-estar, praticar seu autocuidado de forma embasada nas orientações que foram transmitidas a ela. Em suma, podemos concluir que o PTS por ser uma forma diferenciada e ao mesmo tempo semelhante a um caso clínico pode ser desenvolvido em diferentes cenários, junto a pacientes que necessitem um tratamento individualizado, por toda equipe multiprofissional.

Referências

CARVALHO, S.R. CUNHA, G, T. **A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde**. In: CAMPOS, G.W. (org) **Tratado de saúde Coletiva**. Hucitec: Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico**. 2ª ed. Brasília – Distrito Federal, 2007.

SMELTZER, C. S; BARE, G. B.; HINKLE. L. J.; CHEEVER, H. K. **Cuidado de enfermagem pré-operatório**. In: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009b. pg 402-420.

183 A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MATTOS, Lilian
(Acadêmica do 7° semestre, UFSM/CESNORS. lilian.lm@hotmail.com)

ASSIS, Argeu
(Acadêmico do 7° semestre, UFSM/CESNORS)

GIRARDI, Junieli
(Acadêmica do 7° semestre, UFSM/CESNORS)

SILVA, Ethel Bastos
(Enfermeira, Mestre, Professor do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS. Orientador)

Descritores: violência; violência doméstica; mulheres.

A violência doméstica contra a mulher compreende situações diversas, como violência física, sexual e psicológica cometidas por parceiros íntimos. Desde sempre presente na história da humanidade, esta situação só foi reconhecido como agravo à saúde pública a partir nos anos 90, por organizações internacionais, como a OMS(Organização Mundial da Saúde). (JONG et.al., 2008). O objetivo desta revisão bibliográfica é analisar a violência doméstica contra a mulher sob diferentes abordagens, sendo essas: A percepção dos agentes comunitários de saúde (artigo 01), análise de lesões nas mulheres (artigo 02), mulheres que desistem do processo contra o agressor (artigo 03) e o papel das equipes de saúde da família (artigo 04). Trata-se de uma revisão bibliográfica onde foram selecionados quatro artigos referentes ao tema, sendo refinado pela data dos artigos, idioma, tipos de artigos, entre outras. O artigo 01 trata da percepção dos agentes comunitários de saúde da região sul do país sobre a violência doméstica contra a mulher, concepção de saúde, associação da violência doméstica com condições socioeconômicas, com o uso de álcool e/ou drogas, a relação das mulheres sobre a violência e sobre quem é o agressor. Os agentes comunitários tiverem 6 idéias principais sobre a violência doméstica que são sobre: brigas na família; agredir verbalmente; homem coagir a mulher fisicamente; abandono dos filhos aos pais idosos; violência psicológica e não possuir condições mínimas de vida. Sobre a violência doméstica contra a mulher, os agentes relataram quatro idéias centrais: violência sexual; violência física; dependência econômica e violência psicológica. Já no que diz respeito à concepção de saúde, eles tiveram 5 idéias centrais: saúde é um direito de todos e dever do Estado; saúde é um direito de todos mas também um dever do cidadão; saúde é um conjunto do todo; saúde não é só deixar de sentir dor; saúde começa pela higiene. Quanto a Associação da violência doméstica com as condições socioeconômicas das famílias, os agentes tiveram opiniões divergentes. Alguns acreditam que ocorre há associação e outros que não, já sobre a associação entre a violência entre o uso de álcool ou drogas pela mulher e/ou seu companheiro os agentes não tiveram divergências, todos acreditam que há alguma relação. Em questão ao agressor pode ser: o homem (companheiro), o homem (filho ou parentes) ou a mulher. Em questão à atitude da mulher sobre a violência por ela sofrida há 5 idéias centrais abordadas pelos agentes, sendo elas: que as mulheres comentam, denunciam na delegacia, outras desenvolvem depressão, ficam tristes e calam-se, algumas se revoltam e agridem, e o restante sofre a violência, mas pedem ajuda aos agentes. Baseados na pesquisa deste artigo os autores concluíram que alguns fatores sempre prevalecerão na situação de violência doméstica contra mulher. Um dos

principais deles é o medo que as mulheres sentem de denunciar, serem abandonadas e ter de arcar com as responsabilidades financeiras da família. Outro fator fundamental para não divulgação da violência é o medo e a vergonha, pois muitas vezes está associada ao álcool, condição socioeconômica, violência sexual e psicológica. Os agentes comunitários de saúde em suas atribuições se mostram carentes, não possuindo capacitação suficiente frente a este problema. O artigo 02 analisa as lesões corporais e maus tratos cometidos contra mulheres a partir de análise de laudos periciais registrados na Delegacia de Defesa da Mulher da cidade de Araçatuba, São Paulo no ano de 2003. Na documentação foi verificada a idade das vítimas e classificadas as lesões quanto ao local e natureza das lesões. Os dados obtidos em relação à idade das vítimas conclui que a violência está presente em todas as faixas etárias (0-75 anos) apresenta variação quando comparado a outros estudos realizados em emergências hospitalares. Quanto ao sítio das lesões, a cabeça e o pescoço são os locais mais atingidos pela violência, seguido pelos membros superiores. Já as lesões em membros superiores evidenciam o caráter defensivo das vítimas. Quanto à natureza das lesões foram descritas como leves (54,5%) e graves (18.2%), sendo que a grande maioria (60,6%) são causadas por agentes contundentes. A agressão física prejudica não só pelas lesões, também, por suas consequências afetivas e psicológicas, sendo que, mulheres agredidas apresentam maior prevalência para dores crônicas, depressão e baixa-estima, e se reflete nas esferas sociais e familiares com implicação especialmente em risco a saúde física e psicológica dos filhos que convivem com situações de violência. No artigo 03, que aborda a questão das mulheres que sofrem violência doméstica e que desistiram da denúncia ao agressor. O estudo buscou investigar o significado dessa desistência das vítimas da violência, os três temas principais abordados no artigo foram: o tempo vivido da agressão a denuncia e desistência; o companheiro, a família, a delegacia da mulher; refletindo sobre experiência de vida. No que diz respeito ao primeiro tema o estudo revela que as participantes num primeiro momento reagiram à agressão. Várias já fizeram esta trajetória mais de uma vez, algumas relatando que houve bons resultados imediatos. Porém, ao voltar à realidade, provavelmente sob a pressão externa dos familiares, voltam atrás e retomam sua posição de mulher dentro da família tradicional. No segundo tema, o relato das participantes evidencia que embora todas as mulheres reconheçam que são dominadas e humilhadas na agressão, as noções de justiça e igualdade entre marido e mulher, correspondentes à noção de cidadania, não aparecem claramente nos depoimentos. Por fim no terceiro tema são analisados os depoimentos que descrevem como a mulher entende o que lhe acontece no contexto da violência doméstica, papel da denuncia e da desistência em função da sua posição na família e a própria ambiguidade ao renunciar aos seus direitos. Na síntese compreensiva, as autoras finalizam colocando que “As mulheres, que desistiram da denúncia caminharam uma longa trajetória, desde o momento em que se defrontaram com a situação de violência até o momento em que desistiram do processo, que haviam iniciado contra ele” (JONG, SADALA, TANAKA, 2008). O artigo 04 faz uma reflexão sobre a possibilidade do enfrentamento da violência doméstica a partir do trabalho das equipes do Programa de Saúde da Família, considerando a promoção da saúde e a intersetorialidade como eixos condutores das ações. No entanto, na prática cotidiana, elementos como o despreparo e qualificação insuficiente dos profissionais para atuar no PSF, dificuldade da interação de novos saberes e práticas para ações coletivas, dificultam a implantação do PSF e consequentemente a atuação das equipes não garantindo o acolhimento e o vínculo entre paciente e profissional. Para que ambos ocorram, são necessárias mudanças organizativas no serviço e nas abordagens sendo assim estabelecidos diálogo e relações mais simétricas entre os profissionais e usuárias. Existe a possibilidade de se criar, no espaço de atuação das equipes de saúde da família, estratégias locais para enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres. Para tanto, é necessária uma nova postura profissional alicerçada na reflexão sobre as relações sociais de gênero e complexidade da

violência doméstica. Aliada a esta reflexão há de buscar junto às próprias mulheres a construção de alternativas de enfrentamento da violência. Portanto a violência doméstica contra mulher está presente em todos os âmbitos e precisa ser tratada como crime e questão de saúde pública, onde o foco deve estar voltado na promoção e prevenção junto a cada família. Na assistência às mulheres agredidas, os enfermeiros e demais profissionais podem contribuir significativamente ao cuidarem dela, ouvindo-a e estimulando a sua expressão sobre a experiência da violência sofrida, contribuindo para colocá-la como figura central nas ações para definir seu destino. Ao se deparar frente a vida de mulheres em situação de violência, os profissionais podem iniciar ações de promoção de saúde. Para tanto, é necessário um trabalho de parceria com diversos setores da sociedade. O enfrentamento da violência doméstica contra a mulher exige, além da definição de políticas públicas por parte do Estado, a ação articulada e parcerias entre os serviços de saúde e de mais entidades.

Referências

ANDRADE, M. J., FONSECA, S. G. M. R., **Considerações Sobre a Violência Doméstica, Gênero e o Trabalho das Equipes de Saúde da Família**. Universidade de São Paulo (EEUSP), 2007.

JONG L.C., SADALA M.L.A., TANAKA A.C.D.A. **Desistindo da denuncia ao agressor:** relato de mulheres vítimas de violência doméstica. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(4): 744-51.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OMS/ OPS. **Violência contra la mujer, un tema de salud prioritario**. Washington (DC): División de Salud Familiar y Reproductiva; División de Salud y Desarrollo Humano. Junio, 1998.

SCARANTO, BIAZEVIC, CROSATO. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica Contra a Mulher**. Psciologia Ciência e Profissão, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988, contendo as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 15/96 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94**. 2ªed. Brasília: Imprensa Nacional, Divisão de Editoração, 1997.

184 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE O DESENVOLVIMENTO DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NO CENTRO DE MATERIAIS

RABENSCHLAG, Liange
(Professora Orientadora)

SOARES, Nilva. Moraes
(Autora, acadêmica de Enfermagem 5° semestre Faculdade Integrada de Santa Maria -FISMA)

BOVOLINI, Rafaela
(Autora, acadêmica de Enfermagem 5° semestre FISMA)

BATISTELA, Maristela, R.
(Autora, acadêmica de Enfermagem 5° semestre FISMA)

Descritores: Equipe de enfermagem; O papel do profissional de enfermagem; Esterilização.

A central de Material e Esterilização esta definida como uma unidade destinada a recepção, expurgo, limpeza, descontaminação, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais utilizados nas diversas unidades de um estabelecimento de saúde (SOBECC, 2007, p.32). Para desempenhar tais ações com qualidade faz-se imprescindível o uso das atribuições de cada um dos profissionais que trabalham neste local, portanto, esta fundamentada a importância de um adequado relacionamento entre estas pessoas. O objetivo neste estudo foi refletir e buscar nas referências bibliográficas maiores ensinamentos quanto ao desempenho das atividades gerenciais do enfermeiro frente ao desenvolvimento do relacionamento interpessoal no CME. O estudo se desenvolveu a partir de uma reflexão teórica com base em bibliografias consultadas e nas vivências das autoras durante o desenvolvimento das atividades práticas no centro de materiais. Para tal finalidade buscou-se dados na base BIREME nos bancos LILACS e CIÊNCIAS DE SAÚDE EM GERAL, artigos indexados entre os períodos de 2004 e 2010, publicações em português, com base nos três descritores equipe de enfermagem, o papel do profissional de enfermagem e esterilização. Este estudo está fundamentado na importância de obter maiores publicações referentes ao tema, durante as buscas aos artigos foram encontramos poucas publicações pertinentes ao assunto em questão, além disso, é fundamental que os profissionais e acadêmicos deste meio sejam efetivamente fundamentados no momento de suas inquietações. Nesta perspectiva a função do enfermeiro no CME esta centrada no desempenho e coordenação dos trabalhos e da equipe de profissionais neste ambiente, sendo de grande relevância que esta equipe participe constantemente de treinamentos. Com objetivos de manter um bom andamento das atividades e também para manter um padrão de atendimento adequado aos clientes. Sabemos que para um bom desempenho das atividades em qualquer que seja o setor é fundamental que haja integração entre a equipe. O enfermeiro muitas vezes é visto como um líder, na literatura está consolidado que o sucesso de uma empresa, em qualquer segmento que atue, depende de sua liderança BALSANELLI (2008). De nada resolve fazer uso do serviço com a mais alta tecnologia em procedimentos ou os melhores ambientes para os clientes se não forem sustentados por uma liderança capacitada e comprometida com o bom desempenho da equipe. Este bom desempenho está diretamente relacionado ao relacionamento interpessoal da equipe, pois sabemos que esta equipe permanece grande parte de seu tempo em contato uns com os outros sendo ainda que o centro cirúrgico trata-se de um ambiente fechado o que influencia desde as atividades até maiores exposições dos trabalhadores deste setor. De fato,

que no dia a dia a presença e apoio do enfermeiro junto à equipe são fortes diferenciais para a qualidade da assistência prestada e a harmonia do clima na unidade CUNHA (2008). Evidentemente que o perfil do enfermeiro, gerente da equipe influencia diretamente no relacionamento entre os profissionais, pois como sabemos a equipe reflete o seu líder. O papel do enfermeiro neste local é de grande responsabilidade, além de estar diretamente interligando a qualidade do serviço que será prestado ao cliente, é o profissional responsável pelo bom andamento e integração entre os profissionais do setor, por ser um local restrito e as pessoas permanecerem longas horas em contato entre o mesmo grupo, se torna imprescindível que este enfermeiro tenha capacidade de atualizar suas competências para possibilitar o gerenciamento dos processos de mudança, negociação e decisão CUNHA (2008). A atitude do enfermeiro em momentos de reunião com a equipe, ou até mesmo individualmente, deve acontecer de maneira espontânea, ou seja, ele como gerente deve permanecer sem tomar posição a favor ou contra ao assunto referente no momento se mantendo integro, procurando resolver com o máximo de brevidade e com o maior respaldo legal. Estes processos frequentemente se fazem necessários e são de grande valia no decorrer do desempenho das atividades dos profissionais tanto para o enfermeiro como para o restante da equipe. E ainda, toda a observação e adequação da maneira como o enfermeiro gerente de centro cirúrgico executa suas atividades permanecerão como fatores atenuantes e marcantes no desempenho de sua carreira, e em sua vida profissional como um todo. Durante esta busca, ficou evidente que existem competências fundamentais para o bom desempenho do gerenciamento de uma equipe, principalmente no que se refere ao relacionamento entre pessoas no CME. Como exemplo, segundo Malagutti (2009) temos: Saber agir, saber aprender, ou seja, aprender com o trabalho, o conhecimento e a experiência. Se comprometer, nada mais é do que assumir os riscos calculados. Assumir responsabilidades, de forma a assumir as conseqüências de suas ações. Ter visão estratégica, ou seja, saber agir nos momentos necessários com rigor fundamental para resolver ou solucionar os problemas surgidos. E ainda, conhecer e entender o seu ambiente para desta maneira identificar oportunidades e alternativas viáveis para o melhoramento e desempenho da equipe, mantendo sempre o discernimento adequado durante o desempenho das habilidades do enfermeiro gerente em centro cirúrgico. É imprescindível que o enfermeiro tenha papel ativo no que se trata de relacionamento pessoal, conhecendo e integrando sua equipe, enquanto responsável pelo CME, pois somente participando em prol e com o grupo é que terá possibilidades de atuar ou intervir quando for necessário, estando sempre consciente dos problemas e necessidades da equipe.

Referências

BALSANELLI, Alexandre Pazetto. **Competências gerenciais**: **desafio para o enfermeiro**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 151 – 162.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.** 2 ed. Brasília: 1999.

CUNHA, Káthia de Carvalho. **Gestão de pessoas:** Foco na enfermagem atual. São Paulo: Martinari. 2008.

MALAGUTTI, William. **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado.** Rio de Janeiro: Rubio. 2009.

SILVA, Aline Costa; AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa. **O enfermeiro na central de material e esterilização:** Uma visão das unidades consumidoras. Rev. De Enfermagem. Rio de Janeiro: 2008. jul/set; 16(3):377-81 pag. 377.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÁSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO-SOBECC. **Práticas Recomendadas**, 4 ed: São Paulo, Nacional. 2007.

185 DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

SILVA, Dalva Cezar da
(Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Funcionária técnico-administrativo do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. E-mail; dalvacezarsilva@yahoo.com.br)

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin
(Enfermeira. Professora Orientadora. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Vice-coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

GARCIA, Raquel Pötter
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

SILVA, Marciele Moreira da
(Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

CARVALHO, Sandra Ost R. M.
(Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM)

GEWEHR, Melissa
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Membro do grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem)

Descritores: Enfermagem; Enfermagem em saúde pública; Desigualdades em saúde.

Introdução: Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) correspondem um conjunto de fatores que caracterizam as particularidades dos indivíduos e também refletem sua inserção no tempo e espaço (SANT´ANNA et al, 2010). Constituem uma rede complexa que inter-relaciona e condiciona o processo saúde-doença aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (CNDSS, 2006). Neste contexto, na atuação do enfermeiro ao assistir o usuário, família e comunidade faz-se necessário ir além dos cuidados anatomo-fisiológicos, buscando ações e estratégias para a prevenção da doença e promoção da saúde que ultrapassem a compreensão biológica e biomédica. É preciso pautar as ações em uma concepção ampliada de saúde e ao novo modelo de atenção dela decorrente, incluindo-se a expansão dos direitos de cidadania e a preocupação com a universalidade, equidade e integralidade. Sabe-se que durante a formação profissional do enfermeiro tem-se buscado a utilização de referenciais teóricos relacionados aos determinantes sociais, o que permeia o contato dos alunos com a população em geral, pois não há como separar o contexto social em que os usuários vivem e a maneira que isso interfere no processo de saúde-doença de cada um. Desse modo, é relevante abordar durante–encontros no meio acadêmico questões referentes ao processo saúde-doença e os DSS, proporcionando momentos que oportunizem a troca de saberes permeados pelo diálogo e pela construção de conhecimento. Pensando nisso, que o Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem desenvolve em seus

encontros, estudos que permitem aos integrantes compartilhar suas experiências, a fim de contribuir com uma formação crítica/reflexiva, criativa, com espírito de iniciativa, autonomia e flexibilidade, distanciando-se da índole tecnicista, alheia ao contexto social e descomprometida com as reais necessidades de saúde da população. Além disso, abordar as questões relacionadas aos DSS é necessário nas discussões do grupo, no intuito de fornecer subsídios para a prática assistencial à saúde pautada na superação das iniquidades. **Objetivos:** O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de discussões realizadas sobre a importância dos determinantes sociais em saúde na atuação da enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, o qual foi construído pelas autoras por meio dos encontros do grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, durante o mês de março de 2011. As reuniões ocorrem todas as sextas-feiras, no período letivo e caracterizam-se por discussões de temáticas fundamentadas em leituras de referenciais teóricos relevantes para os projetos em andamento. Os integrantes do grupo incluem docentes, discentes da graduação e pós-graduação, bem como enfermeiros assistenciais. Em um dos encontros realizados pelo Grupo discutiram-se questões referentes a temática dos Determinante Sociais em Saúde, por meio da bibliografia intitulada “Saúde e seus determinantes sociais” de autoria de Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007). Após uma leitura prévia por parte dos integrantes, foi coordenada, por alguns alunos, uma discussão que tinha como objetivo refletir e debater sobre as questões trazidas no texto. **Resultados:** No decorrer das discussões percebeu-se que existem diversos tipos de opiniões e saberes acerca da temática saúde e DSS e ainda, os mais variados estudos sobre a concepção de saúde e doença, DSS e as iniquidades em saúde. Durante o grupo foi possível também conhecer os modelos que esquematizam as relações entre os níveis de determinantes sociais e a situação de saúde a partir da visão dos autores. Entre estes modelos, um dos mais utilizados para o estudo sobre os DSS é o modelo de Dahlgren e Whitehead, que por sua vez, é simples, de fácil entendimento e visualização dos DSS (BUSS e FILHO, 2007). Nesse modelo, observou-se que os determinantes podem estar relacionados aos fatores comportamentais e de estilos de vida, que se refere ao primeiro nível. Acerca desse assunto discutiu-se no grande grupo, estratégias que oportunizem mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de esportes e exercícios físicos. Quanto ao segundo nível, que corresponde às comunidades e suas redes de relações, surgiram abordagens voltadas à importância dos laços de coesão social e as relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, as quais são fundamentais para a promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Tal abordagem vai ao encontro dos estudos e pesquisas desenvolvidos no grupo, pois consolida a relevância das redes de apoio e a necessidade de investir em ações coletivas para melhoria das condições de saúde e bem-estar dos grupos vulneráveis. A partir disso, os integrantes expuseram suas vivências a respeito das diferentes realidades encontradas no decorrer das suas trajetórias acadêmicas e profissionais, relacionado-as com a discussão do texto. Destacou-se ainda, a importância da formação de profissionais de saúde comprometidos com a execução das políticas de saúde, as quais podem contribuir para a melhora das condições de existência dos sujeitos e comunidades, seja onde esses vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro, serviços de saúde e de educação com qualidade, entre outros, estando estes relacionados ao terceiro nível do modelo. Sobre o quarto nível de atuação surgiu a discussão sobre os macrodeterminantes, sendo que na oportunidade houve questionamentos acerca das desigualdades sociais, econômicas, ambientais e seus efeitos sobre a sociedade. Em complementaridade às reflexões e discussões, foi apresentado por meio de recurso áudio visual, um vídeo intitulado “Histórias das Coisas”. Este abordou as questões relacionadas ao consumismo, as

desigualdades e aos fatores que influenciam no estilo de vida e saúde das pessoas. Assim, os aspectos e abordagens trazidas no encontro do grupo possibilitaram fortalecer a ideia de que existem diversos fatores que interferem e determinam o processo saúde e doença, e, ainda, destacou-se a relevância do desenvolvimento de profissionais de saúde capazes de compreender os DSS como norteadores de suas ações. **Principais considerações:** Diante do exposto conclui-se que há uma considerável influência de fatores individuais, comportamentais, sociais, culturais, e até mesmo econômicos e de cunho político sobre à saúde, seja no âmbito individual e/ou no coletivo, abrangendo os serviços de saúde em sua totalidade. O Brasil por ser uma nação com grandes desigualdades em relação a distribuição de renda, favorece que as iniquidades em saúde sejam muito presentes em todo o território nacional, necessitando de políticas públicas condizentes com a realidade de cada grupo distinto a fim de reduzir as disparidades em saúde da população. A atuação do enfermeiro nos serviços de saúde implica em planejar a assistência de tal modo que o contexto socioeconômico e cultural sejam integrantes do processo de cuidar. Neste sentido, investir em práticas que promovam espaços de discussões e trocas sobre temas relevantes para a saúde torna-se fundamental com vistas a contribuir para a práxis da enfermagem.

Referências

BUSS P M, FILHO A P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v.17, n.1, p.77-93, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Setembro de 2006. Disponível em: www.determinantes.fiocruz.br. Acesso em: 15/03/11.

SANT´ANNA CF, CEZAR-VAZ MR, CARDOSO LS, ERDMANN AL, SOARES JFS. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31, n.1, p.92-9, mar 2010.

186 CUIDADO PRESTADO PELO FAMILIAR AO PACIENTE NEUROLÓGICO DEPENDENTE HOSPITALIZADO SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO

TOLFO, Débora Vieira
(Enfermeira, Residente Programa Saude Multidisciplinar - UNIJUI/FUMSSAR, Especializanda em Urgência, Emergência e Trauma - SEG/RS)

ROSANELLI, Cleci de Lourdes Schmidt Piovesan
(Enfermeira, Mestre em Educação nas Ciências, Doutoranda em Enfermagem pela UNIFESP/SP, Docente do Departamento de Ciências da Saúde (DCSa) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí)- RS. Email: cleci.rosanelli@unijui.edu.br)

KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat
(Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva, Doutoranda em Enfermagem pela UNIFESP/SP, Docente do DCSa da Unijuí - RS)

LORO, Marli Maria
(Enfermeira do Trabalho, Mestre em Educação nas Ciências, Doutoranda em Enfermagem pela UNIFESP/SP, Docente do DCSa da Unijuí-RS)

GOMES, Joseila Sonego
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do DCSa da Unijuí-RS)

Descritores: Relações Profissional-Família; Papel do Profissional de Enfermagem; Cuidadores.

Introdução: Dentre os diversos grupos sociais, a família é o primeiro com a qual o indivíduo entra em contato durante sua existência, com ela aprende a decifrar o mundo e a cuidar. Esta está intrinsecamente envolvida no processo saúde/doença de seus membros, sendo definida como uma unidade cuidadora de seus integrantes nas situações de saúde e doença, a qual os profissionais de saúde teriam o papel de apoiar, fortalecer e orientar quando estivesse fragilizada (WALDOW 1998). Para o mesmo autor a presença da família junto a seu ente hospitalizado é essencial. A atenção que os mesmos proporcionam é fundamental, e à equipe de enfermagem cabe apoiar a permanência do acompanhante. Quando a família não se sente acolhida e a equipe de saúde é indiferente aos seus sentimentos e necessidades, isso poderá interferir no processo de cuidar. Muitas vezes, a equipe de enfermagem delega aos familiares um plano secundário, não utilizando as suas experiências ou desconhecendo o seu potencial enquanto cuidadores. No entanto, a Enfermagem deve estabelecer o cuidado e cuidar das interações que se estabelecem entre a família e o cliente, os quais se confrontam na assistência participativa e, em especial, ao familiar do paciente neurológico dependente. Os distúrbios neurológicos comumente causam comprometimentos temporários ou permanentes que prejudicam o indivíduo em suas funções o que o torna um dependente parcial ou total o que compromete o individuo em suas atividades diárias e ou profissionais (SCHANAIDER, SILVA e PEREIRA, 2009). Neste contexto, a abordagem na hospitalização do paciente neurológico, é cada vez mais complexa e necessita da interação conjunta dos familiares e da equipe de enfermagem. Apartir do exposto teve-se como objetivo: Conhecer a percepção do enfermeiro em relação ao cuidado prestado pela família ao paciente adulto, neurológico dependentes, hospitalizado. **Método**: Pesquisa qualitativa descritiva. Realizada em um hospital privado localizado no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Participaram do estudo 08 enfermeiros que atuam em unidades de internação clínica. Os critérios de inclusão dos indivíduos: ser enfermeiro,

trabalhar em unidades clínicas que assistem pacientes adultos neurológicos dependentes, assinar o Termo de consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A obtenção das informações ocorreu por meio de entrevista aberta, realizada em outubro de 2009. As mesmas foram gravadas em áudio tape, transcritas na integra e posteriormente analisadas. Os aspectos éticos foram observados e o projeto foi aprovado sob Parecer Consubstanciado nº256/2009 pelo Comitê de ética da Unijui - RS. Análise das informações ocorreu por meio da organização, leitura, re-leitura, classificação e análise conforme diretrizes da análise de conteúdo, resultando em três temas de análise, no entanto neste manuscrito optou-se por discorrer acerca de um tema que versa sobre o familiar que não se envolve no cuidado na ótica do enfermeiro. **Resultados**: A família, além de ser um espaço em que se proporciona proteção no qual seus membros se sentem pertencentes a um grupo unido por laços de amor e afeto, também tem sido definida como um sistema de suporte à saúde de seus integrantes. Quando fragilizados por uma situação de doença, ela utiliza conhecimentos culturais, valores, crenças e práticas como mote de suas ações com vistas à melhora e manutenção do bem-estar de seus componentes (ELSEN, 2004). A autora pontua ainda que o processo de enfrentamento da doença na família depende de alguns fatores, os quais referem-se a momentos da vida em que a família se encontra, ao papel que desempenha seu ente doente, as implicações que o impacto da doença causa, bem como da forma como a mesma se organiza durante o processo da doença. Em situação de acometimentos neurológicos, muitos de forma crônica e com dependência, implicam em mudanças no cotidiano familiar. Essas tornam-se mais intensas quando do agravamento do quadro, em especial na hospitalização, pois requer cuidado exclusivo e intenso, conseqüentemente, faz-se necessário a reestruturação dos papeis. Assim, para Elsen (2004) a família não deve ser vista apenas como mera executora de atividades, e sim parte necessária e participativa no cuidado. O impacto de uma doença neurológica não interfere apenas na vida do enfermo, mas estende-se a toda a família, necessitando adequações, mudanças e reorganização na dinâmica familiar. Por outro lado o familiar ao perceber que o cuidado é complexo, por vezes sente-se com medo de cuidar, ou desenvolve uma percepção distorcida, concentrando-se mais nas deficiências e vulnerabilidades do que nos recursos positivos presentes, e aí começam a esquivar-se deste. Além do medo do desconhecido, do cuidar, referem também a falta de interesse, que pode ser resultante do desconhecido e o nível de dependência apresentado em função da doença. As pessoas que prestam um cuidado sem conhecimentos científicos e formação profissional, são denominados cuidadores leigos e atuam sem remuneração e/ou formação profissional especializada (Souza, Wegner e Gorini 2007). Para o mesmo autor, a prática profissional permite afirmar que, muitas vezes, o ser adoecido enfrenta essa etapa da vida com a presença de algum familiar, o qual, por necessidade, mesmo sem formação especializada, torna-se cuidador. Em contrapartida, os programas de saúde, vigentes no Brasil, desconsideram o cuidador leigo, o qual é fundamental para a reabilitação e recuperação das pessoas enfermas. A desconsideração do cuidador leigo, pela equipe de saúde, faz-se importante refletir, na medida em que, este é a referencia para o cuidado e, no entanto, é considerado desinteressado pelos sujeitos desta pesquisa. Além dos fatores já citados, a falta de envolvimento no cuidado pode estar associada a diversos fatores, como relata Ribeiro (2004), as mudanças da rotina da família, a necessidade do cuidado constante, a sobrecarga do familiar cuidador no convívio com a dependência, a não participação de todos os membros da família e a convivência com o risco de morte iminente, atuam como estressores. O tratamento intenso e os cuidados contínuos revelam a necessidade de permanência por um período intenso em ambiente hospitalar. Fato que pode desencadear estresse evidenciado por comportamentos adversos como a desmotivação. A sobrecarga, estresse e desgaste do cuidador estão diretamente relacionados com a doença e dependência do paciente as quais repercutem no familiar cuidador. Também, é evidencia-se apartir dos relatos dos enfermeiros participantes da pesquisa, que percebem que o familiar que questiona o

cuidado prestado a seu ente pela equipe de saúde, por vezes, não participam das rotinas na hospitalização. Outro fator que revela que o familiar não se envolve no cuidado deve-se ao fato de que buscam a hospitalização prolongada para aliviar-se da rotina de cuidado no domicílio. Isso decorre do fato de a hospitalização ser entendida como um fator estressante, na medida em que, deixar o paciente em um ambiente estranho impõe sentimentos diversos nos familiares. **Conclusão**: Para tanto, cabe a equipe de saúde, em especial a enfermagem, considerar que a família é única e demonstra reações diversas frente ao processo de adoecimento e que estas peculiaridades relacionam-se a cultura, medo de cuidar, não conhecimento da doença neurológica, bem como o cansaço do familiar cuidador pela complexidade e continuidade. Portanto, estes fatores devem ser percebidos e abordados pela equipe de enfermagem diante da internação de pacientes neurológicos dependentes.

Referências

Waldow VR. **Cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 1998.

Taylor Schnaider Brandão. Silva Vitor da José. Pereira, Aparecida dos Maria. **Cuidador Familiar de Paciente com Afecção Neurológica.** Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.284-292, 2009.

Elsen I. Cuidado Familiar: Uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon ss, Silva MRS. O viver em família e sua interface com saúde e doença. 2º Ed: Maringá, Eduem; 2004. Pag. 19-28

Souza. Luccas Melo de; Wegner. Wiliam; Gorini. Maria Isabel Pinto Coelho. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2007**

Ribeiro NRR. A família enfrentando a doença grave. In: Elsen I, Marcon ss, Silva MRS. O viver em família e sua interface com saúde e doença. 2º Ed: Maringá, Eduem; 2004. Pag. 97-183.

187 INSERÇÃO DA LIDERANÇA NO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

AMESTOY, Simone Coelho
(Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Bolsista CNPq. Membro do Grupo EDEN. simoneamestoy@hotmail.com)

THOFEHRN, Maira Buss
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas)

TRINDADE, Letícia de Lima
(Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da UFSC. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Membro do Grupo PRÁXIS)

PORTO, Adrize Rutz
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas)

PALMA, Josiane Santos
(Enfermeira. Discente regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas)

Descritores: Liderança. Enfermagem. Serviços de Saúde

Introdução: O enfermeiro, enquanto líder destaca-se na área da saúde pela multiplicidade de atividades que desenvolve, as quais incluem o trabalho intelectual, a coordenação das ações da equipe de enfermagem, bem como a organização e implementação da assistência. Contudo, constata-se que esse profissional possui dificuldades no desempenho da liderança no âmbito hospitalar, uma delas é que muitas vezes realizam, excessivamente, atividades burocráticas que privilegiam as normas em detrimento ao cuidado e às pessoas (LOURENÇO, TREVIZAN, 2001). As instituições de ensino são responsáveis pela viabilização em seus currículos de conteúdos específicos e estratégias que permitam o aprendizado da liderança, enquanto competência profissional, no entanto é no contexto dos serviços de saúde que o enfermeiro exercita essa habilidade. Diante disso, esse estudo teve como objetivo conhecer a percepção do enfermeiro frente à utilização da liderança como instrumento no seu processo de trabalho. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo qualitativo do tipo descritivo e exploratório. O mesmo foi realizado durante os meses de fevereiro e março de 2008, em um hospital de grande porte localizado na região sul do Rio Grande do Sul. Compuseram a pesquisa onze enfermeiras, as quais possuíam idades entre 23 e 39 anos; sete especialistas e uma mestranda; com tempo de experiência profissional variando de 1 ano e 3 meses a 15 anos, e tempo de trabalho na instituição entre 1 a 15 anos. Todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e participaram de todas as etapas do estudo. Na coleta dos dados, fez-se uso de entrevistas semi-estruturadas e grupo focal. Análise de Conteúdo foi escolhida como técnica para tratamento dos dados, pois busca descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, bem como a frequência de sua aparição (BARDIN, 2004). Tanto as entrevistas quanto os diálogos colhidos nos grupos focais foram gravados, transcritos e posteriormente lidos, analisados e categorizados buscando-se os significados e estruturas dos conteúdos das falas dos participantes. Foi utilizada a mesma codificação para análise das entrevistas e grupos focais, no intuito de aproximar os achados destas. Para o desenvolvimento do estudo foram

respeitados os procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde; com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em questão, sob o protocolo nº 29/2007. **Resultados:** Inicia-se a apresentação das duas categorias que emergiram na Análise de Conteúdo, sendo elas: Significados atribuídos à liderança e Autoridade *versus* autoritarismo. A primeira categoria representa as percepções que as enfermeiras expressaram quanto à inserção da liderança em sua prática assistencial. Neste sentido, uma das depoentes relatou ter dificuldade em compreender o papel da liderança enquanto instrumento no seu processo de trabalho, mesmo considerando-a importante em seu cotidiano. Também se constatou que, as depoentes descrevem a liderança como fundamental para a organização de normas e rotinas, já que está associada à realização de atividades de coordenação da equipe, bem como de articulação do trabalho dos profissionais de enfermagem. No entanto, as participantes confundem o conceito de liderança com o de gerência, pois as conceituações atribuídas à liderança referem-se à atividade gerencial, a qual é compreendida como as ações desenvolvidas pelo enfermeiro com o intuito de organizar o espaço terapêutico, desenvolvendo condições para a realização do cuidado (LEOPARDI, GELBCKE e RAMOS, 2001). Com freqüência, a liderança é mal compreendida, principalmente no meio empresarial, que é o caso do ambiente hospitalar. Algumas pessoas, equivocadamente, a confundem com autoridade, exigindo respeito e obediência por acreditarem que possuem algum tipo de influência sobre os demais, em decorrência de sua posição social, econômica, cargo, titulação, entre outros. Identifica-se que a autoridade consiste no direito de comandar, estabelecido através do poder legitimado, conferindo a uma determinada pessoa a responsabilidade de tomar decisões e ordenar as atividades de outrem (DIAS, 2003). Já o autoritarismo é reconhecido como o abuso do poder, no qual a instituição ou pessoa se excede no exercício da autoridade. Apenas uma participante revelou-se a favor da utilização de métodos impositivos e autoritários, visto que tinha por objetivo posicionar-se perante a equipe de enfermagem. Ao adentrar no cotidiano das instituições hospitalares, é comum presenciar situações envolvendo abusos de poder. Algumas pessoas tentam mascarar sua insegurança e fraquezas utilizando-se da prepotência e arrogância para lidar com seus colaboradores. Já o medo é uma forma de coação que pode induzir as pessoas a aceitarem tal influência, porém se sabe que esse tipo de liderança não é capaz de sobreviver por muito tempo. E situações assim podem tornar-se verdadeiros estopins dentro destas organizações, por serem geradoras de conflitos e capazes de alterar o clima no ambiente de trabalho. Contudo, acredita-se que a imposição não se reflete na melhor maneira de exercer a liderança no ambiente laboral. O mais habitual é que, frente ao abuso da autoridade, os trabalhadores acabem realizando as atividades conforme o exigido, muitas vezes, por medo ou receio de perderem o emprego. Tal imposição pode contribuir para o desenvolvimento do sofrimento psíquico, limitando a criatividade, afetando a satisfação e qualidade de vida dos profissionais. A partir disso, o líder que deseja influenciar positivamente sua equipe precisa, em primeiro lugar, dar o exemplo e utilizar, de forma coerente, a ação e o discurso. As pessoas que não conseguem estabelecer uma relação harmoniosa entre o falar e o fazer acabam perdendo a confiança e a credibilidade de seus colaboradores e, por consequência, abalando a sua própria liderança. Caso o enfermeiro não consiga instituir um relacionamento confiável com sua equipe, ele poderá ter dificuldades para liderar, pois trabalhar em locais, no qual as pessoas desconfiam umas das outras impede que o trabalho possa fluir no seu ritmo normal. Nesse contexto, enfatiza-se a liderança como um instrumento de trabalho do enfermeiro que possibilita um melhor assistir e planejar as demandas que o cuidado requer. **Considerações Finais:** De acordo com os dados obtidos constatou-se que as enfermeiras possuem dificuldade em compreender o significado da liderança, mesmo considerando-a importante em seu cotidiano. Conforme a percepção das participantes, a liderança auxilia o enfermeiro no alcance dos objetivos, dentre eles o oferecimento de um cuidado

de qualidade aos usuários, estando permeada pela capacidade desse profissional em influenciar seus colaboradores. Cabe alertar que algumas pessoas confundem liderança, autoridade e autoritarismo. As participantes do estudo concordaram quanto à importância de distingui-los e apenas uma participante se posicionou a favor do uso de métodos diretivos e impositivos frente à equipe de enfermagem. Constata-se que o autoritarismo está presente em uma fala e é contestado pelas demais participantes, porém, de modo incipiente e fugaz. Dessa forma, visualiza-se uma fragilidade no estudo, a falta da observação da realidade desses indivíduos, a qual poderia revelar com mais profundidade a postura das enfermeiras quanto ao exercício da autoridade e a utilização do autoritarismo. O estabelecimento de laços de confiança é outro aspecto importante a ser discutido, pois auxilia o enfermeiro em seu processo de trabalho, que está vinculado a utilização coerente da ação e do discurso. As pessoas que possuem dificuldades para estabelecer uma relação harmônica em sua práxis acabam perdendo a confiança e a credibilidade de sua equipe e, por consequência, abalando a sua própria liderança. Identifica-se que ainda são grandes as dificuldades para compreendê-la e principalmente para colocá-la em prática nas instituições hospitalares, essas também possuem a responsabilidade de auxiliar o enfermeiro no desempenho da liderança, por serem reconhecidas como locais propícios para o desenvolvimento profissional. Em virtude disso, a partir dos resultados obtidos sugere-se a criação de programas de desenvolvimento de líderes na enfermagem, devido a esses profissionais estarem pouco instrumentalizados para exercer tal habilidade no ambiente hospitalar.

Referências

1. Bardin L. Análise de conteúdo. 3 ed. Lisboa: Edições 70; 2004.

2. Dias R. Cultura organizacional. São Paulo: Editora Alínea; 2003.

3. Leopardi MT, Gelbcke FL, Ramos FR. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemiológico da enfermagem? Texto Contexto Enferm. 2001; 10(1): 32-49.

4. Lourenço MR; Trevizan MA. Líderes de enfermagem brasileira: sua visão sobre a temática da liderança e sua percepção a respeito da relação liderança e enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 2001; 9(3): 14-9.

188 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E FAMÍLIA: O CUIDADO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO

BANDEIRA, Danieli
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS.
E-mail: danieli.bandeira@hotmail.com)

PINNO, Camila
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

BADKE, Marcio Rossato
(Enfermeiro, Mestre, Professor Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS.
Orientador)

Descritores: Enfermagem; Família; Úlcera de Pressão.

Introdução: Este relato trata-se da experiência de duas acadêmicas de enfermagem no desenvolvimento de um projeto de extensão intitulado "Ações educativas de enfermagem na prevenção de Úlceras por Pressão" em um hospital de pequeno porte no norte do RS. Neste foi realizado educação em saúde em relação à prevenção de Úlceras por Pressão (UP) juntamente com familiares de pacientes com risco em desenvolver estas lesões. A prevenção deve iniciar-se com orientações adequadas e estímulo ao paciente e seus familiares, salientando a importância da autodisciplina e da participação e colaboração durante o tratamento clínico. As UP são lesões provenientes de hipóxia tissular, levando à necrose tecidual que ocorrem quando a pressão que é aplicada na pele é maior que a pressão capilar normal (32 mm Hg/arteríolas e 12 mm Hg / vênulas), em um período de tempo (RODRIGUES et al, 2008). Segundo uma publicação feita por *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (2010) as UP podem ser classificadas quanto ao grau de profundidade da seguinte maneira: grau I – eritema não branqueável em pele intacta, a lesão precursora da pele, em pacientes de pele escura, o calor, o edema, o endurecimento ou a dureza também podem ser indicadores; grau II – perda parcial da pele, que envolve a epiderme, a derme ou ambas (abrasão/flictena); grau III – perda de espessura total da pele, podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo, com extensão até a fáscia subjacente, mas não através dessa; grau IV – destruição extensa, necrose dos tecidos ou lesão muscular e/ou exposição óssea ou das estruturas de apoio (neste grau como no III, podem apresentar lesões com cavernas, túneis ou trajetos sinuosos). A UP na maioria das vezes é provocada pela pressão, cisalhamento e fricção, além de estarem associados a outros fatores como a idade avançada, o estado nutricional deficitário, a pressão arteriolar, a temperatura corporal, a patologias associadas à mobilidade reduzida, incontinência urinária e fecal e obesidade (LISE; SILVA, 2007; COSTA, 2005). Torna-se imprescindível a observação e o controle rigoroso dos fatores internos e externos predisponentes, pois, são indicadores de riscos essenciais no cuidado preventivo das UP. Desta forma, parte do pressuposto que a prevenção deve se iniciar com orientações adequadas e estímulo ao paciente e seus familiares, salientando a importância da autodisciplina, participação e colaboração durante o tratamento clínico, pois estas lesões afetam não apenas o físico, mas também o psicológico e social do paciente. Muito tem sido discutido e apresentado quanto às medidas a serem adotadas para a prevenção de UP aos profissionais da área da saúde e, por isso, chama-se a atenção ao fato de muitas vezes os familiares dos pacientes portadores de UP, não serem lembrados pela equipe de enfermagem, não tendo um acompanhamento adequado e resolutivo. Desta forma, salienta-se a

importância dos familiares em ter conhecimento de todas essas informações; corroborando com os estudos de Goulart et al (2008) que afirma ser necessário ensinar os familiares a maneira correta de cuidar da pele, evitando as UP, pois a cada ferida aberta, o tratamento clínico fica praticamente interrompido retardando o processo de reabilitação. As ações preventivas dos cuidados que os familiares podem efetivar referem-se à atenção constante às alterações da pele; identificação dos pacientes de alto risco; manutenção da higiene do paciente e leito; atenção à mudança de decúbito, aliviando a pressão e massagem de conforto, além de outras medidas como: movimentação passiva dos membros, deambulação precoce, recreação, dieta e o controle de ingestão líquida. Ressalta-se também, a importância das ações educativas para ajudar na prevenção das UP, sendo que a instalação ou desenvolvimento das mesmas são menores em pacientes e familiares com maior conhecimento sobre os cuidados na prevenção das UP (GOULART et al, 2008). **Objetivos:** Relatar a experiência de duas acadêmicas do sexto semestre de enfermagem, na aplicação de um projeto de extensão com a finalidade de orientar familiares quanto à prevenção das UP. **Metodologia:** O projeto de extensão se desenvolveu em um hospital de pequeno porte na região norte do Rio Grande do Sul, contemplou 20 familiares de 10 pacientes que possuíam UP ou que apresentavam riscos para o desenvolvimento das mesmas, estes, internados na Unidade Clínica Cirúrgica e Clínica Médica. Foram realizadas conversas que permitiram aos familiares reflexões sobre situações concretas em relação à prevenção de UP; valorizando o conhecimento já adquirido durante sua vida. Foi entregue aos familiares um folheto informativo contendo os principais cuidados de prevenção das UP como por exemplo: incentivar saída do leito quando possível; manter pele limpa e hidratada; estimular ingesta hídrica oral e a dieta; colocar colchão de espuma piramidal (caixa de ovos); manter fralda descartável, se possível; tentar não usar lençóis como fralda; usar forro móvel se o paciente for restrito ao leito; auxiliar no posicionamento com coxins; mudar de decúbito 2/2 horas. **Resultados:** Em primeiro momento, observou-se que os familiares mostraram-se interessados em conversar, ter mais conhecimento sobre a temática e esclarecer suas dúvidas, pois apresentavam deficiências tanto de pessoal especializado como de local propício para elucidar as mesmas. Por meio das conversas percebeu-se que as maiorias dos familiares conheciam e realizavam vários cuidados apresentados, como mudança de decúbito e hidratação corporal. No entanto, não tinham conhecimento sobre a explicação científica do por que desses cuidados. Com o passar dos dias criou-se vínculo entre as acadêmicas e os familiares, o que possibilitou uma fluidez nas reflexões referente aos cuidados nas UP. **Principais conclusões:** Em relação à experiência adquirida pelas acadêmicas pode-se afirmar que contribuiu para o desenvolvimento da autonomia profissional, além de propiciar o entendimento das dificuldades de como se dá as relações humanas durante o processo de trabalho. Constatou-se que havia pouco vínculo entre a equipe de referência na atenção básica (equipe multidisciplinar, Unidade Básica de Saúde ou Estratégia e Saúde da Família) e o paciente, pois o mesmo não relatava acompanhamento por parte do serviço público de saúde. Não tendo continuidade no processo de cuidado domiciliar, ou seja, havia pouca contra-referência do serviço hospitalar para com a atenção básica. Por meio do vínculo e confiança estabelecidos entre acadêmicas e familiares, pode-se conhecer melhor a realidade da família e do paciente e assim, juntos estabelecer cuidados eficientes e resolutivos na recuperação e prevenção de suas UP, contribuindo para a qualidade de vida do mesmo. Ressalta-se também a importância do contínuo desenvolvimento de estudos direcionados à prevenção de UP para o fortalecimento das práticas baseadas nas evidências e, reconhecer principalmente as limitações envolvidas neste aspecto e buscar superá-las.

Referências

COSTA, M. P. et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. **Acta ortop. Bras**, v. 13, n. 3. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v13n3/25672.pdf>. Acesso em:n 05 de dezembro 2010.

Diretrizes para a Prevenção de Úlceras de Pressão – European Pressure Ulcer Advisory Panel. Disponível em: http://www.epuap.org. Acessado em 05 de dezembro de 2010.

GOULART, Fernanda Maria et al. Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: **uma revisão da literatura.** 2008. Disponível em: <http://www.faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/PrevencaoDeUlcera.pdf>. Acesso em 06 de abril de 2011.

LISE, F.; SILVA, L. C. Prevenção de úlcera por pressão: instrumentalizando a enfermagem e orientando o familiar cuidador. **Acta Sci. Health Sci**, v. 29, n. 2. Maringá, 2007. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1072/530>. Acesso em: 05 de dezembro 2010.

RODRIGUES, M. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção da lesão tecidual por pressão. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 4. 2008. Disponível em:< http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13117/8875>. Acesso em: 05 de dezembro 2010.

189 A INTERFACE SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA VISÃO DE ACADÊMICOS DA SAÚDE: DADOS PARCIAIS[4]

ROSSATO, Gabriela Camponogara
(Acadêmica do 3º semestre de Enfermagem da UFSM
gabriela_rossato@yahoo.com.br)

CAMPONOGARA, Silviamar
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Dep. de Enfermagem da UFSM)

VIERO, Cibelle Mello
(Enfermeira)

PERES, Roger Rodrigues
(Acadêmico do 7º semestre de Enfermagem da UFSM)

SOARES, Sabrina
(Ac. do 8º semestre de Enfermagem da UFSM)

ERTHAL, Graciele
(Enfermeira)

Descritores: Saúde; Meio Ambiente; Formação Profissional; Enfermagem

Introdução: A discussão sobre a atual problemática ambiental é uma realidade em diversos pontos do mundo, trazendo diversos impactos para a vida dos seres humanos. Esta crise ecológica não tem um contorno de ordem apenas biológica, envolvendo uma multiplicidade de aspectos: social, econômico, cultural. É uma crise que tem exigido dos seres humanos uma revisão de posturas, desde aqueles que dizem respeito ao existir humano propriamente dito (ontológica), até a forma como se dá a produção do conhecimento (epistemológica), passando por diferentes aspectos do cotidiano, e balizando a compreensão que se tem sobre o passado, o presente e o futuro.[1]Embora diferentes setores da sociedade tenham relação com a problemática ecológica, o que se percebe é que algumas áreas do conhecimento e campos de atuação ainda têm uma aproximação muito tímida com a questão. Um dos campos que pode ser considerado exemplar nesse sentido é o da saúde, na medida em que, em poucos espaços, são visíveis discussões a cerca da interface saúde e meio ambiente. Essa constatação se torna ainda mais importante, quando se sabe, que problemas ambientais são, simultaneamente, problemas de saúde.[2] Isto, além de vincular diretamente a crise ambiental ao setor saúde, também dá margem a inter-relação com uma série de outras questões, tendo em vista a amplitude da crise ecológica e as múltiplas interfaces que daí advém. Neste viés foi realizada um pesquisa acerca da interface saúde e meio ambiente na formação profissional em saúde, cujo objetivo geral é conhecer a concepção de acadêmicos da área da saúde sobre a interface saúde e meio ambiente e como isso se expressa em sua vivência acadêmica. **Metodologia:** O estudo teve abordagem qualitativa uma vez que é a mais indicada para a busca de informações relacionadas à subjetividade dos sujeitos, captando os significados e significações expressas a cerca dos fenômenos em estudo. A pesquisa é do tipo descritiva-exploratória. As pesquisas descritivas tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, fenômeno ou a

[4] Projeto de Pesquisa com financiamento FAPERGS.

existência de relações entre variáveis. A pesquisa exploratória é a mais adequada quando o tema abordado é pouco explorado.[3]A pesquisa foi realizada com acadêmicos dos cursos da área da saúde de uma instituição de ensino superior do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2010, por meio de entrevista semi-estruturada, junto a 24 acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, fisioterapia, fonoaudiologia, farmácia e odontologia. O encerramento amostral se deu por saturação de dados. A análise se deu por meio de análise de conteúdo, sendo os resultados apresentados sob a forma de categorias. O estudo obedeceu aos preceitos éticos para pesquisa com seres humanos, sendo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa sob o CAAE Nº 0014.0.243.000-10. **Resultados e Discussões:** Dentre as categorias encontradas na pesquisa, algumas tem relação direta com a concepção dos sujeitos a respeito da interface saúde e meio ambiente. Para este momento serão apresentadas quatro categorias de análise. A primeira se refere a **interface direta entre saúde e meio ambiente**, que agrega a percepção de boa parte dos acadêmicos em que se sobressai uma noção de relação intima entre saúde e meio ambiente. Em contrapartida, para alguns acadêmicos essa interface também existe, mas ela está vincula a outros fatores como a pobreza e as condições em que vivem. Assim se evidenciou outra categoria: **Saúde, Meio Ambiente e Pobreza.** Percebemos então que os acadêmicos têm uma visão de que as pessoas em situação sócio econômica desfavorável são as mais atingidas por essa interface saúde, meio ambiente, quando o que ocorre não é isso, todos nós estamos inseridos no meio ambiente o qual vivemos, assim todos estamos vulneráveis a doenças. Os riscos tecnológicos e ambientais gerados pelos processos de produção e consumo, bem como, a degradação ambiental e os agravos à saúde que causam, são, desigualmente, distribuídos no espaço e entre a população. Assim, diversos segmentos sociais encontram-se mais vulneráveis a estes novos riscos, o que é agravado por fatores como: estado nutricional, escolaridade, acesso à informação, cobertura de políticas públicas. Dessa forma, os grupos sociais mais pobres estão mais sujeitos a problemas ambientais decorrentes de fontes locais; já os mais ricos ocupam áreas menos degradadas. Problemas como: falta de saneamento básico e de coleta de lixo; poluição do ar, da água e da terra, levam à ocorrência de muitas doenças e deformações congênitas, que agravam a situação de saúde destas populações.[4] Outra categoria emergida tem relação com as **doenças relacionadas a problemática ambiental**. Nesse caso, os sujeitos elencaram uma série de situações e doenças que, na sua visão tem relação com problemas ambientais. Obviamente, podemos relacionar essa idéia com o fato de os currículos dos cursos de graduação ainda estarem muito orientados para o ensino de situações patológicas, em detrimento de uma visão de promoção da saúde e da qualidade de vida. Entretanto, embora muitos respondentes evidenciem uma interface direta entre saúde e meio ambiente, há aqueles que manifestaram expressões muito vagas com relação ao tema, demonstrando que não há um processo reflexivo ou um conhecimento estruturado a respeito. Dessa forma, dão configuração a categoria **noções vagas sobre saúde e meio ambiente**. Como resultado desse pensamento, tem-se a manifestação de uma lacuna, particularmente no que tange a concretização de ações profissionais sobre o assunto, evidenciando a importância de uma abordagem sistemática sobre o tema durante o processo formativo, como forma de buscarmos estabelecer um efetivo processo de promoção da saúde das populações. Em geral, podemos buscar apoio no entendimento de alguns sociólogos contemporâneos, ao indicarem que os sujeitos, apesar de impactados pela atual problemática ecológica, encontram-se em meio a um paradoxo, típico do contexto social em que estamos imersos. Na maior parte do tempo e para a maioria dos cidadãos, a mudança climática é um problema que fica num canto da mente, mesmo que seja fonte de preocupação. O fato de os problemas ambientais serem vultuosos e, pelo menos aparentemente, distantes do contexto de vida e ação das pessoas, acaba inibindo o desenvolvimento de práticas sociais coadunadas com a necessária preservação ambiental.[5] **Considerações finais:** os dados

revelam que, embora os acadêmicos, em sua maioria, tenham uma noção de ligação direta entre saúde e meio ambiente, ainda predomina uma visão mais voltada para o adoecimento das pessoas e populações. Chama a atenção o fato de alguns acadêmicos apresentarem idéias muito vagas sobre o assunto, evidenciando dificuldades em manifestarem-se mais concretamente, inclusive enquanto futuros profissionais. O estudo indica a necessidade urgente de abordar-se o tema, durante o processo formativo, de forma sistemática e integrada a outros aspectos essenciais a manutenção de um viver saudável.

Referências

1- Leff E.Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. 4. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

2- Freitas CM. Problemas ambientais, saúde coletiva e ciências sociais. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2003; 8(1):137-150.

3- Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2006.

4- Rigotto RM; Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniqüidade social. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(Sup 4):475-501.
Giddens, a. A política da mudança climática. São Paulo: Jorge Zahar; 2010.

190 ÚLCERA POR PRESSÃO E SEPSE: CUIDADOS NA ATENÇÃO HOSPITALAR

RODRIGUES, Stefano Skalski
(Acadêmico do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. fanoskalski@gmail.com)

BANDEIRA, Danieli
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

MARON, Luana Carine
(Acadêmica do 7º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

SANTOS, Juliana Oliveira dos
(Acadêmica do 5º semestre do curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

BADKE, Marcio Rossato
(Enfermeiro, Mestre, Professor Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS. Orientador)

Descritores: cuidados de enfermagem; úlcera por pressão; sepse.

Introdução: A úlcera por pressão é um problema clínico comum resultante de área de necrose na pele, causada por isquemia, provocada pela compressão entre um osso proeminente e uma superfície externa. Os locais mais frequentes para o seu desenvolvimento são a região sacra, calcâneo, nádegas, trocânteres, cotovelos e tronco. Elas ocorrem primariamente em pacientes com a mobilidade comprometida e está relacionada com a morbidade e mortalidade significativa, além de aumentarem os custos da assistência hospitalar e causarem várias complicações infecciosas, como a sepse, que é uma infecção grave causada pela penetração de bactérias em uma ferida ou no tecido orgânico, levando à formação de pus ou à disseminação pelo sangue, sendo ela uma condição potencialmente fatal (BRAGA, 2007). Segundo o Instituto Latino Americano de Sepse (ILAS, 2010), a sepse é responsável por 25% da ocupação de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no Brasil, sendo também a principal causa de morte nas UTI, e uma das principais causas de mortalidade hospitalar tardia, superando o infarto do miocárdio e o câncer. Tem alta mortalidade no país, chegando a 65% dos casos, enquanto a média mundial está em torno de 30-40% (ILAS, 2010). Segundo um levantamento feito pelo estudo mundial conhecido como Progress, a mortalidade da sepse no Brasil é maior que a de países como a Índia e a Argentina (ILAS, 2010). Frequentemente uma úlcera por pressão procede de cuidados domiciliares inadequados ou originam-se no próprio hospital, em pacientes acamados, causando enormes problemas na rotina das instituições hospitalares e dos familiares, pois além de serem lesões de difícil cicatrização e doloridas, tem um custo alto para o seu tratamento. Com isso a prevenção da úlcera por pressão é mais importante que as propostas de tratamento, já que o custo é menor e o risco para o paciente é praticamente inexistente. Para avaliação criteriosa das úlceras de pressão é utilizada a escala de Braden, que as classificam em quatro estágios. O estágio I se caracteriza quando a pele está intacta, mas se observa vermelhidão e um pouco de ulceração de pele. No estágio II a pele já está perdendo sua espessura, manifestando abrasão, bolha ou cratera superficial. Já o estágio III aparece quando se observa uma ferida de espessura completa, envolvendo a epiderme, a derme e o subcutâneo. Por último ocorre o estágio IV que tem uma lesão significante, onde há a destruição ou necrose para os músculos, ossos e estruturas de suporte (tendões e cápsula articular). Portando é de fundamental importância para todos os profissionais de saúde e principalmente os profissionais enfermeiros, ter a capacidade de

identificar e prevenir possíveis lesões, classificá-las e tratá-las da maneira mais benéfica. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo identificar ações de prevenção e tratamento para úlcera por pressão, elaborando um plano de cuidado de enfermagem eficaz para os pacientes acometidos por esta patologia, e identificar os sinais clínicos de sepse. **Metodologia:** O estudo apresenta caráter descritivo de revisão bibliográfica. A partir disso, investigaram-se os principais sinais, sintomas e complicações das patologias apresentadas, procurando traçar pontos fundamentais para um cuidado de enfermagem eficaz para pacientes acometidos com úlcera por pressão e apontando sinais clínicos de sepse para o diagnóstico desta patologia, buscando desta maneira, qualificar o serviço prestado pelos profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem. **Resultados:** Os achados bibliográficos mostram que para a prevenção das úlceras por pressão é necessário manter alguns cuidados com a pele do paciente. A atuação fundamental é no alívio da pressão da pele, nas áreas de maior risco, ou onde se tem ossos mais proeminentes. Alguns cuidados são bem importantes, e podem ser realizados desde os primeiros momentos que o paciente ficou acamado, seja em casa ou no hospital, como: atenção constante às alterações da pele; identificação dos pacientes de alto risco; manter colchão piramidal sobre o colchão da cama do paciente; mudar sempre o paciente acamado de posição; colocar travesseiros macios embaixo dos tornozelos para elevar os calcanhares; colocar o paciente sentado em poltrona macia ou revestida com colchão piramidal, várias vezes ao dia; quando sentado mudar as pernas de posição, alternando as áreas de apoio; manter alimentação rica em vitaminas e proteína; manter hidratação; trocar fraldas a cada três horas, mantendo paciente limpo e seco; hidratar a pele com óleos e/ou cremes a base de vegetais; utilizar sabonetes com pH neutro para realizar a limpeza da região genital; estar atento para o aparecimento de candidíase e outras infecções por fungos; aplicação de filme transparente e/ou cremes ou loções a base de ácidos graxos essenciais (AGE) nas áreas de risco aumentado para lesões; realizar massagem suave na pele sadia, em áreas potenciais de pressão, com loção umectante e suave (atentar para áreas avermelhadas que não devem ser massageadas, para não aumentar a área já lesionada); conservar as roupas de cama limpas, bem como secas e bem esticadas; não utilizar lâmpada de calor sobre a pele, pois estimulam o ressecamento da mesma; avaliação do nível de dor e monitorização dos sinais vitais. No tratamento da ferida consiste basicamente na limpeza da lesão com jato de soro fisiológico, preferencialmente morno. O jato é conseguido perfurando-se o frasco de soro com uma agulha 40X12 ou 30X8. Este jato tem a propriedade de limpar a ferida sem destruir o que o próprio organismo vem reconstruindo. Porém se tiver presença de necrose (crosta preta e endurecida) sobre a lesão, esta deverá ser retirada por um profissional médico ou enfermeiro especializado. Existem vários produtos, chamados de novas tecnologias para auxiliar no tratamento das úlceras de pressão. A indicação fica a critério médico ou de enfermeiro especializado. Os resultados são bastante eficazes. Sendo a úlcera por pressão uma porta de entrada para bactérias causadoras da sepse, todos os profissionais e estudantes de enfermagem deve se atentar para os indícios que apontam este quadro clínico, mesmo sendo o diagnóstico realizado pelo médico. Para isto devem ser levado em consideração sinais e sintomas como: taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos acima de 90 por minuto); febre (aumento da temperatura acima de 38˚C); deve-se considerar também hipotermia (queda da temperatura abaixo de 36˚C); taquipnéia (aumento da respiração acima de 20 por minuto); falta de ar; diminuição da quantidade de urina; pressão baixa; confusão mental. A confirmação do diagnóstico é complementada por exames laboratoriais, como: hemograma; hemocultura (investigação de microrganismos no sangue); dosagem de lactato. O tratamento da sepse envolve uma séria de medidas e procedimentos médicos, tendo como ponto fundamental o diagnóstico correto e mais precoce possível. As medidas envolvem: tratamento com antibióticos que visam combater a infecção; reposição de líquidos e eletrólitos perdidos pelo corpo; restauração manutenção da pressão arterial. **Conclusão:** A partir de tudo isso fica explícito que a

úlcera por pressão é um problema constante nas pessoas acamadas, muitas vezes indicando um cuidado inadequado prestado pelos profissionais de saúde. Também é claro que a equipe de enfermagem é a mais atuante junto aos pacientes acamados, uma vez que permanecem ao lado do paciente e de sua família tempo integral durante a sua hospitalização. Por esta razão, os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis na prevenção do aparecimento destas lesões. Compete a todos profissionais enfermeiros, identificar e prevenir possíveis lesões, classificá-las e tratá-las da maneira mais benéfica. Além disto, todo profissional deve saber diagnosticar os sinais e sintomas da sepse, sabendo identificar os indícios deste quadro clínico, uma vez que a úlcera por pressão é uma porta de entrada para bactérias causadoras da sepse. Buscando conhecer os sinais de úlcera por pressão e sepse e sabendo tratá-las, todos os profissionais enfermeiros ficam capacitados para prestar uma assistência mais qualificada e assim proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes acometidos por estas patologias.

Referências:

BRAGA, I.A. et al. Colonização de úlcera de pressão por bactérias multirresistentes: fatores de risco e sua relação com o desenvolvimento de sepse em um hospital universitário de Minas Gerais. **Prática Hospitalar**, São Paulo, ano IX, n. 51, p. 23-27, mai./jun. 2007.

CARPENITO-MOYET, Linda Juall. **Diagnósticos de enfermagem. Aplicação à prática clínica.** 10ª ed. Porto Alegre – RS: Editora Artmed, 2005.

Instituto Latino Americano de Sepse. **O que é sepse**. Disponível em: <www.sepsisnet.org>. Acesso em: 21 junho 2010.

MARTINS, Herlon Saraiva (et al). **Emergências clínicas: abordagem prática.** 3ª ed. ampl. e revisada. Barueri – SP: Editora Manole 2007.

SMELTZER, Suzanne (et. al). **Brunner e Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro – RJ: Editora Guanabara Koogan, 2008.

191 ADOECIMENTO DOS CUIDADORES FAMILIARES: RELATOS DE UM COTIDIANO

ROSSO, Laís Fuzer
(Acadêmica do 3ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista PIBIC/CNPQ. Endereço eletrônico: laisfrosso@gmail.com)

GARCIA, Raquel Pötter
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria -UFSM)

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin Budó
(Professora Orientadora. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora associada do Departamento de Enfermagem e do PPGEnf da UFSM)

SIMON, Bruna Sodré
(Acadêmica do 8ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE)/UFSM 2011)

BRUM, Dyan Jamilles Teixeira
(Acadêmica do 3ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM. Bolsista do Programa de Ensino Tutorial (PET)/Enfermagem/UFSM)

LEAL, Tifany Colomé
(Acadêmica do 2ºsemestre do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM)

Descritores: Enfermagem; Doença crônica; Cuidadores; Assistência Domiciliar.

Introdução: As condições crônicas sejam infecciosas ou não tem se tornado um dos maiores desafios para o sistema de saúde mundial, pois, atualmente, corresponde a 60% de todo o ônus decorrente de doenças existentes (OMS, 2003). Essas condições causam alterações irreversíveis e graduais e, muitas vezes, exigem cuidados permanentes, sendo o cuidado domiciliar uma alternativa para evitar ou abreviar internações hospitalares (FEUERWERKER e MERHY, 2008). Quando há necessidade, um ou mais membros da família assumem a função de cuidador, sendo, muitas vezes, responsáveis pela continuidade da assistência ofertada pela equipe e considerados essenciais no processo de reabilitação do doente (RICCI, KUBOTA e CORDEIRO, 2005). No entanto, o cuidador familiar é exposto a diversas situações inquietantes, sobretudo porque nos primeiros dias, ocorre uma transferência de cuidados da equipe ao cuidador (FEUERWERKER e MERHY, 2008). Pedro e Marcon (2007) dizem que tais características fazem com que os cuidadores tornem-se doentes em potencial, indicando a necessidade de sua inclusão no plano assistencial. Apesar de o cuidador ser considerado uma extensão da equipe de saúde, deve-se também visualizá-lo como integrante do núcleo familiar, o qual exige da mesma maneira cuidados que melhor auxiliem na sua qualidade de vida. Sabe-se que o cuidado cotidiano torna-se exaustivo para os familiares, que muitas vezes necessitam se adaptar a essa nova realidade, transformando a rotina de sua vida pessoal, e também desenvolvendo alternativas para vivenciar e prestar o cuidado no domicílio de modo a garantir o bem estar do familiar. Dessa forma, faz-se necessário a realização de estudos que vislumbrem a realidade dos cuidadores familiares, atentando não somente para o cuidado ao enfermo, mas também para

aspectos que permeiam esse cuidado, como, por exemplo, a saúde desses cuidadores. **Objetivo:** O presente trabalho tem por objetivo apresentar um recorte de uma pesquisa realizada com cuidadores familiares, os quais relataram situações de seu próprio adoecimento frente o cotidiano de cuidado ao enfermo com condição crônica incapacitante. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, a qual foi desenvolvida como trabalho de conclusão para o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os sujeitos da pesquisa foram onze cuidadores familiares de sete pacientes com adoecimento crônico incapacitante, os quais foram indicados pela equipe da unidade, caracterizando amostra proposital. Deveriam ser maiores de 18 anos, desenvolverem o cuidado por tempo superior a um ano e estarem adscritos na Estratégia de Saúde da Família escolhida no município de Santa Maria/RS/Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas narrativas com eixos norteadores, que se desenvolveu no período de julho a setembro de 2010. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação dos dados. A execução do projeto ocorreu com aprovação institucional do município e do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob CAEE nº 0065.0.243.000, atendendo assim, aos requisitos da Resolução 196/96. A análise de dados foi desenvolvida por meio da análise temática de Minayo. **Resultados:** A pesquisa desenvolvida não tinha eixos norteadores ligados diretamente ao processo saúde-doença dos cuidadores, porém percebeu-se com a análise dos dados que conforme esses relatavam suas vivências, essa questão se tornava assunto fácil, já que parece inquietar por causar redução da qualidade de vida e também da capacidade de cuidar. Assim, durante os depoimentos dos cuidadores, grande parte deles relatou conviver com alguns problemas de saúde advindos da atividade de cuidar, sobretudo, pela sobrecarga ocasionada pelo precário apoio de outros familiares. A fala a seguir demonstra isso, além de referir o surgimento de sintomas físicos após o início das tarefas de cuidado: "*Eu comecei a ficar com um monte de problemas, arrumei um monte de problemas pra mim que eu não tinha antes, as dores de cabeça, as tonturas. De tanto passar trabalho com a mãe*"(G). O estar ao lado, constantemente, parece ser um fardo pesado, o qual apresenta reflexos diretos no processo saúde-doença dos cuidadores familiares. Para Bicalho, Lacerda e Catafesta (2008), esses se expõem ao risco de comprometer sua própria saúde em benefício do outro, colocando-se a disposição das necessidades do doente. Além disso, na maioria das vezes, apenas um indivíduo da família assume o cuidado, ocasionando em determinados momentos além de esgotamento físico, também mental do cuidador: "*Eu como cuidadora tive muito doente, ruim, debilitada. Eu fiquei muito estressada, muito cansada* [...] *eu to tomando ansiolítico, antidepressivo* [...] *Tive problema na coluna de forcejar com ela, hoje eu sinto dores nas juntas"*(I). A prestação de cuidados é, muitas vezes, considerada uma obrigação e uma sobrecarga física e emocional (PEDRO e MARCON, 2007). Como se pode visualizar alguns cuidadores familiares parecem não ter possibilidades de alternar o cuidado com outras pessoas e por isso, talvez, não consigam restabelecer novamente sua saúde, pois o cotidiano tumultuado não permite, passando a tratar cada vez mais problemas de sua própria saúde. Alguns desses cuidadores referiram que já possuíam doenças, porém com o passar do tempo e com a tarefa de cuidar, essas tiveram agravos consideráveis, chegando até a alguns extremos, conforme a fala de um entrevistado: "*Uma dor terrível assim, parece que tava me queimando, eu tenho a tal de gota. Quando começou aquilo no meu pé* [...] *Aí não aguentei, desmaiei, assim num canto, tava cheio de cama* [...] *cai no chão de dor, desmaiei de dor" (C).* O desgaste do ser que cuida é perceptível, pois esse possui necessidades que diversas vezes não são atendidas, já que por assumir a condição de cuidador termina por não ser reconhecido como ser humano digno de respeito, lazer, férias (BICALHO, LACERDA e CATAFESTA, 2008). Devido a essa falta de reconhecimento e também por todo o cansaço que o cuidar de um doente dependente causa, alguns entrevistados referem baixa auto-estima e desesperança quanto à própria vida: "*A gente se sente meio injustiçado as vezes* [...] *porque a gente*

corre, eu envelheci dez anos assim nesses quatro anos. Minha saúde tá bem ruim"(I). O cuidador familiar se dedica a uma vida voltada, quase que exclusivamente, ao ser doente, vivenciando por vezes diversos conflitos internos em virtude da grande responsabilidade e dos cuidados que assume (BICALHO, LACERDA e CATAFESTA, 2008). **Principais conclusões**: Cuidar de um indivíduo com uma doença incapacitante, não é tarefa fácil, principalmente, quando não há possibilidade de alternância de cuidado entre os demais familiares. Para isso torna-se necessário que a enfermagem desenvolva atividades com todo o núcleo familiar, com o intuito de auxiliar no enfrentamento de questões que permeiam a rotina de cuidados, bem como da (re) organização de papéis e funções no interior da família. Outro fator importante é que os profissionais devem estar atentos, em especial, para a saúde dos cuidadores, uma vez que apresentam suas limitações, pois assim esses realizarão um cuidado com melhor qualidade.

Referências

BICALHO, Cleide Straub; LACERDA, Maria Ribeiro; CATAFESTA, Fernanda. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. Cogitare Enfermagem, v.13, n.1, p.118-23, jan-mar 2008.

FEUERWERKER, Laura C. M.; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev Panam Salud Publica, Washington, v. 24, n. 3, Set. 2008. Disponível em: < http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>. Acesso em: 12 fev 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.

PEDRO, Karina Santo; MARCON, Sônia Silva. Perfil e vivência dos cuidadores informais de doentes crônicos assistidos pelo NEPAAF - Núcleo de estudos, pesquisa, assistência e apoio à família. Online Brazilian Journal of Nursing, v.6, n.0, 2007.

RICCI, Natalia Aquaroni; KUBOTA, Maristela Tiemi; CORDEIRO, Renata Cereda. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev. Saude Publica, v.39, n.4, p.655-662, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540.pdf>. Acesso em: 12 fev 2010.

192 UM OLHAR SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: VISÃO DE TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

LEAL, Aline Baldissera
BUSANELLO, Rozelaine Maria
SCHMIDT, Sandra Márcia Soares
GUARIENTE, Adriane

A enfermagem vem acompanhando profundas e importantes mudanças nas relações sociais e políticas, no campo tecnológico, nas relações interpessoais e, principalmente, na forma de organizar os serviços no ambiente de trabalho, respondendo, desta forma, às demandas gerenciais e assistências (KOERICH, 2007). Com o intuito de qualificar seu fazer surge a preocupação em sistematizar as ações, selecionando modelos de assistência que, articulando teoria e prática de enfermagem, permite humanizar a assistência tornando-a subjetiva e resolutiva, com reconhecimento e valorização profissional (WESTPHALEN; CARRARO, 2001). Desta forma, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) desponta como um método científico de trabalho que proporciona melhor qualidade da assistência prestada ao paciente por meio do planejamento, das ações de enfermagem individualizadas. Esse método faz com que a estrutura teórica da enfermagem seja aplicada à prática, auxilia na continuidade e na integralidade do cuidado humanizado, na valorização do enfermeiro, fortalecendo também o trabalho em equipe (CROSSETI, 2005). O cenário do estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que atua como hospital escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde, sendo um dos únicos hospitais da região que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (HUSM, 2010). Na Instituição, selecionou-se a Unidade de Internação Pediátrica (UIP), UTI Neonatal (UTIN) e UTI Pediátrica (UTIP) pela facilidade de acesso ou disponibilidade encontrada, localizadas no 6º andar conta com 42 leitos, sendo 16, 18 e 07 leitos, respectivamente. Por considerar esta forma de assistir um diferencial na qualidade do cuidado, enfermeiros do HUSM, hospital escola da UFSM, tem buscado implantar este fazer desde 2002 (BUSANELLO, 2006). Dentre as unidades da Instituição que desenvolvem esta atividade salientam-se as de atendimento à clientela pediátrica. Dentro desse contexto, os auxiliares e técnicos de enfermagem, dispõem de contribuição relevante quanto ao cuidado prestado, pois são os principais executores das ações de cuidado prescritas pelo enfermeiro. Portanto, os profissionais de nível médio também devem possuir conhecimento referente à SAE, visando à qualificação da assistência aos usuários. Diante do exposto, torna-se relevante identificar o olhar dos técnicos e auxiliares de enfermagem lotados na UIP, da UTI Neonatal e UTI Pediátrica do HUSM sobre a SAE na assistência as crianças internadas, justificando-se, portanto, a presente pesquisa. Considerando a relevância que a SAE proporciona aos pacientes, destaca-se como objetivo geral identificar o olhar dos auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam na Unidade de Internação Pediatria, UTI Neonatal e UTI Pediátrica do HUSM sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. O presente estudo se caracterizou como uma pesquisa quanti-qualitativa, exploratória uma vez que permite aos pesquisadores aumentar sua experiência em relação ao objeto de pesquisa. O cenário do estudo foi o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que atua como hospital escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde, sendo um dos únicos hospitais da região que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na Instituição, selecionou-se a Unidade de Internação Pediátrica (UIP), UTI Neonatal (UTIN) e UTI Pediátrica (UTIP).[12] As três Unidades possuem 78 funcionários distribuídos entre auxiliares e técnicos de enfermagem, nos turnos da manhã, tarde e noite, os quais foram contatados e convidados a participarem da pesquisa.

Destes, 15 profissionais não participaram por ausência (afastamento do serviço) ou o desejo de não participar da mesma (princípio da autonomia). A coleta dos dados foi realizada no segundo semestre de 2010, por meio de questionário com questões abertas e fechadas, entregue durante o turno de trabalho. Para análise dos dados quantitativos optou-se por adotar a tabulação dos dados em planilha do Microsoft Excel (97-2003) e apresentação de sua distribuição percentual. Já na análise qualitativa utilizou-se análise de conteúdo. Na UIP participaram da pesquisa 22 funcionários, sendo 50% de cada categoria. Em relação UTIP houve participação de 14 funcionários, sendo 42,86% auxiliares e 57,14% técnicos de enfermagem. Já na UTIN, responderam ao questionário 27 funcionários, sendo 22,22% auxiliares e 77,78% técnicos de enfermagem. Nas duas primeiras unidades 100% dos auxiliares e técnicos de enfermagem informaram ter conhecimento sobre a SAE, sendo utilizado no dia a dia na UTIP. Já na UTIN 100% dos auxiliares possuíam algum conhecimento sobre o assunto, porém apenas 76,19% dos técnicos informaram tê-lo. No que concerne à propriedade de informações sobre a SAE, na UIP a maioria 45,45% dos auxiliares(45,45%) e técnicos(54,55%) informaram possuir conhecimento razoável, assinalando a opção: aplicação do processo de enfermagem pelas duas categorias.Já em relação à UTIP, em que é realizada sistematicamente a SAE, 66,67% dos auxiliares e 50% dos técnicos revelaram conhecimento razoável. Em relação ao que eles ponderam ser SAE, a maioria dos auxiliares, 66,67%, consideram-na como a aplicação do processo de enfermagem, porém quanto à categoria técnico de enfermagem, esta demonstrou distinção de respostas, isto é, 50% a elencaram como a aplicação do processo de enfermagem, 25% como criação de protocolo, 12,5% como processo administrativo e o restante 12,5% como criação de rotinas. Quanto à UTIN o domínio apareceu diversificado, informando desde nenhum até excelente, prevalecendo razoável entre os auxiliares(33,33%) e técnicos de enfermagem(47,62%). Ainda, nesta Unidade 100% dos auxiliares acreditam ser a SAE criação de rotinas no serviço e 71,43% dos técnicos a consideram como aplicação do processo de enfermagem. Percebeu-se que o tempo de formação tanto dos auxiliares como dos técnicos de enfermagem não contribuiu para melhora do conhecimento sobre o tema nas três unidades pesquisadas. Ao ser questionado sobre a sua elaboração, na UIP 72,73% dos auxiliares e técnicos informaram ser realizada, 27,27% dos auxiliares e 18,18% dos técnicos relataram ser às vezes e 9,09% não haver SAE. Na UTIP auxiliares e técnicos de enfermagem foram unânimes em revelar a realização e na UTIN, 100% dos auxiliares e 14,29% dos técnicos colocaram que o enfermeiro elabora a SAE, 4,76% dos técnicos informaram ser às vezes e 80,95% que não é realizada. Percebe-se que, embora a maioria considere a SAE corretamente, uma percentagem significativa desconhece o tema, o que confirma o conhecimento razoável. Dentre as unidades citadas, os enfermeiros da UTIN não a utilizam, porém todos os auxiliares e 19,05% dos técnicos fizeram referência à sua aplicação na Unidade. Já a UTIP desenvolve rotineiramente e a UIP em alguns pacientes. A utilização, por parte dos enfermeiros, não tem significativa contribuição na ampliação do conhecimento da equipe como um todo, assim como se deduz que não é claro para os auxiliares e alguns técnicos da UTIN o que é a SAE. Ainda, constatou-se que o domínio é maior na UTIP entre os auxiliares do que entre os técnicos de enfermagem, fato que desperta curiosidade já que a formação do técnico exige maior conhecimento e há algum tempo não existe formação de auxiliares de enfermagem. Evidenciou-se, ainda, que as categorias consideram que a SAE contempla um cuidado humanizado nas três Unidades pesquisadas. No que concerne ao olhar do serviço, novamente prevaleceu, nas três Unidades, a opção de que a SAE melhora o serviço. Em relação à prescrição de enfermagem, evidenciou-se na UIP que 45,45% dos auxiliares e 54,55% dos técnicos a utilizarem às vezes. Na UTIP, 100% dos auxiliares e 62,50% dos técnicos a verificavam sempre. Já na UTIN, apesar de 50% dos auxiliares e 61,90% dos técnicos informarem a verificarem sempre, sabe-se que não há prescrição de enfermagem, suspeitando-se que o entendimento da

questão pode estar relacionada à prescrição médica. Quanto às características das prescrições de enfermagem, 100% dos auxiliares e 87,50% dos técnicos da UTIP, consideram-nas de fácil entendimento e aplicação, o mesmo acontecendo na UIP (63,64% dos auxiliares e 72,73% dos técnicos) e na UTIN (83,33% dos auxiliares e 52,38% dos técnicos). Dentre os motivos elencados para a não realização da SAE na unidade, 90,91% dos auxiliares e 81,82% dos técnicos da UIP não responderam a questão, o restante optou tanto pela falta de tempo, como pela falta de conhecimento teórico do enfermeiro sobre o tema. Na UTIN 33,33% dos auxiliares e 47,62% dos técnicos consideraram a falta de tempo como o motivo principal para a não realização. Ao ser questionado se o usuário percebe diferencial na sua assistência com a aplicação da SAE, 81,82% dos auxiliares e técnicos da UIP entenderam que o usuário não a diferencia no que concerne ao seu cuidado, tanto na UTIP como na UTIN 50% dos auxiliares e técnicos corroboraram este pensamento. Os 50% restante acreditaram que o paciente confia mais na enfermagem quando é realizada. Da análise qualitativa emergiram duas categorias: a SAE é importante e a SAE é irrelevante nas três Unidades. Infere-se, por meio, dos resultados que a participação dos auxiliares e técnicos de enfermagem nesta metodologia ainda é obscura. Acredita-se ser conveniente que esse tema fizesse parte da grade curricular dos cursos de técnicos de enfermagem, pois são eles os principais executores da prescrição de enfermagem. Frente à nova legislação do Conselho de Classe Resolução COFEN 358/09 que ressalta a obrigatoriedade da execução da prescrição de enfermagem pelos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, torna-se relevante informar aos profissionais de nível médio suas responsabilidades e colaboração nesse processo.

Referências

KOERICH, M.S. et al. Sistematização da assistência: aproximando o saber acadêmico, o saber-fazer e o legislar em saúde. Revista Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 446-51.

WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. Metodologias para a Assistência de Enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, 2001.

CROSSETTI, M.G.O. (coord) et al. Apostila Curso Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. Santa Maria: Projeto Integrado de pesquisa - NECE, 2005.

BUSANELLO, R.M. Contribuições da tecnologia da informação à implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rio Grande: [s.n.], 153 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Rio Grande, 2006.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA – HUSM. 2010 [Citado em 2010 abr 20]. Disponível em: http://www.husm.ufsm.br.

193 CUIDADOS À MULHER/FAMÍLIA EM LUTO FETAL NO ESPAÇO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

AMTHAUER, Camila
(Autora/Relatora. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul. E-mail: camila.amthauer@hotmail.com)

SAND, Isabel Cristina Pacheco Van der
(Autora. Enfermeira. Profª Msc. Docente do departamento de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

NORA, Taís Trombetta Dalla[3]
(Autora. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria - Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul. Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família do município de Três Passos)

Descritores: Enfermagem; morte fetal; profissionais de saúde.

Introdução: A construção da identidade de mulher grávida, desenvolvida durante a gestação, sofre brusca interrupção diante da perda de um filho intra-útero. Dessa vivência, geralmente, resultam, à gestante, sentimentos de impotência, incapacidade e frustração, o que demanda, dos profissionais da saúde, sensibilidade para o oferecimento de apoio a essa mulher e família. Este suporte é importante na elaboração da dor da perda, fazendo parte do processo de cuidar. Nele, prioriza-se a expressão das diferentes questões dessa gestante, buscando a satisfação de suas necessidades com base em sua própria ótica (RODRIGUES; HOGA, 2006). Percebe-se a necessidade de uma rede social de apoio à mulher enlutada, em que se insiram também os profissionais de saúde, destacando-se aí os integrantes de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Objetivos:** identificar as concepções de profissionais de equipes da ESF sobre os cuidados a serem desenvolvidos junto à mulher e família que enfrentam o luto fetal e identificar as práticas de cuidados que são desenvolvidas por esses profissionais na situação de luto fetal. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa, descritivo, desenvolvido em Ajuricaba/RS, junto a profissionais de saúde de três equipes da ESF. Participaram doze profissionais (dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem e quatro agentes comunitárias de saúde), atuantes em uma das três equipes de ESF, prezando-se pela representação de todas elas. Como critério de inclusão foi definido que o profissional tivesse experiência em atendimento à mulher e/ou família enlutada devido à perda gestacional. Os dados foram coletados por entrevista do tipo semi-estruturada, gravadas e transcritas para fins de análise, que ocorreu pela análise temática. Foram respeitados os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFSM (Anexo I) **Resultados:** Da análise emergiram três categorias, sendo que a central é apresentada neste estudo: "Concepções de cuidados e práticas implementadas pelos profissionais de equipes da ESF a gestantes e famílias no luto fetal". Na identificação das concepções de cuidados a serem desenvolvidos e das práticas já realizadas, os sujeitos referem que, para iniciar o processo de cuidado, é necessário identificar o momento adequado de aproximação às famílias, a fim de proporcionar-lhes apoio, o qual se sintetiza na escuta ativa das demandas dos envolvidos no processo de luto. Esta noção tem ressonância nas reflexões de Bromberg (1994), quando argumenta que a inexistência de espaço para a expressão de sentimentos para a mulher e família enlutada é um aspecto problemático. A despeito da noção sobre a importância da aproximação para essa escuta, os sujeitos mencionam dificuldades relativas a ela, decorrentes das reações relativas ao processo de luto, que, para muitos, ainda está em elaboração e que se manifesta, apesar de suas características

singulares, por expressões de revolta, culpa e não aceitação do ocorrido. Os profissionais reconhecem e valorizam o tempo singular de elaboração do luto para cada sujeito/família, enfatizando sobre a necessidade de que esse tempo seja respeitado e que sirva de um definidor acerca do momento oportuno de aproximação. As reações dos enlutados podem ser entendidas por meio das reflexões de Kübler-Ross (1989), quando refere que uma das maiores dificuldades das famílias é o estabelecimento de uma comunicação mais direta sobre um assunto difícil, pois a discussão a respeito da morte gera certa tensão entre seus membros. Além disso, é necessário considerar que uma pessoa que não esteja dentro do sistema familiar poderá auxiliar os indivíduos a conversarem entre si, na tentativa de promover uma reorganização da situação de perda para essas pessoas. Neste sentido, é pertinente ressaltar a importância da atuação da equipe de Saúde da Família junto a essas mulheres e famílias, como facilitadores da elaboração do luto, pois, pela proximidade e vinculação com os mesmos, podem intervir neste momento na tentativa de amenizar a dor desta experiência que, em geral, desenvolve-se em clima de tristeza. Nesta lógica, cabe destacar que, pelo caráter sistêmico da família, ela, além de núcleo que presta cuidado, quando em situações de sofrimento, precisa ser cuidada, o que demanda preparo e sensibilidade dos profissionais de saúde. Os achados deste estudo permitem inferir que há certa dificuldade, por parte dos profissionais de equipes da ESF, em oferecer espaço de expressão para os enlutados, pois após uma situação de perda fetal às vezes é solicitado que a mulher enlutada compareça à unidade de saúde para fazer preventivo de câncer do colo uterino e não para conversar sobre o ocorrido, caso sinta necessidade. Essa atitude parece expressar um mecanismo de defesa do profissional que não consegue lidar bem com tais circunstâncias, o que pode ter associação com contexto cultural das profissões da saúde, as quais reservam pouco espaço para a tristeza, a morte e o morrer e, em específico, da área obstétrica, cujo objeto está em campo oposto - o nascimento. Além dos cuidados prestados após o evento da perda, também foram mencionados os pertinentes à prevenção da perda gestacional, dentre esses a importância do acompanhamento pré-natal por meio de consultas individuais e atividades educativas em grupo. Percebe-se que, além do reconhecimento de seus benefícios amplamente defendidos em literatura específica, os valores culturais relativos à gestação e à criança - promessas reais e simbólicas de vida – também concorrem para essa prática de cuidado, cabendo lembrar que uma gestação que finda com uma morte representa fracasso do profissional e de sua equipe. O encaminhamento das mulheres enlutadas para serviços de psicologia também foi destacado pelos profissionais entrevistados, o que evidencia a importância que delegam à escuta e à oferta de suporte aos enlutados. A visita domiciliária é apontada, pelos profissionais, como um dos principais instrumentos para a prestação dos cuidados em situação de luto fetal, porque proporciona maior aproximação da equipe com a família, facilitando acompanhamento adequado e efetivo. Tal concepção é corroborada por Cruz e Bourget (2010), ao reconhecerem que a visita propicia conhecimento dos modos de vida, crenças, cultura e padrões de comportamento das famílias e indivíduos, permitindo incorporar tecnologias leves no cuidado, como a humanização. No entanto, apesar de reconhecerem que se munem dessas práticas de cuidados e estarem inseridos em uma estratégia que visa romper com o modelo hegemônico de saúde, muitos dos sujeitos dos estudos afirmaram que em casos de luto fetal “não há muito o que fazer”. Essa concepção parece ser fruto de uma tendência, ainda vigente, de medicalização do sofrimento, em que tecnologias leves, tais como a escuta, o apoio, o ficar junto, são pouco valorizadas e até questionadas, esvaziadas de sentido frente à hipervalorização de verdades cartesianas, atreladas ao modelo biomédico de saúde. Da análise dos dados emerge, ainda, que as práticas de cuidado dos profissionais das ESFs estudadas se estendem também à família enlutada, visto que a perda de um bebê, mesmo intra-útero, comumente gera sentimentos de tristeza em todo núcleo familiar que já vive essa espera. Há o entendimento de que para o familiar ter condições de dar apoio à mulher que passa por uma perda, é

necessário que esse também seja acolhido e cuidado pelo profissional que os acompanha. Contudo, a despeito do caráter sistêmico da família, mencionado ao início desta categoria, os dados permitem identificar a concepção que muitas pessoas têm, inclusive os profissionais de saúde, de que o sofrimento maior diante uma perda é vivenciado pela mãe, o que faz com que o atendimento se direcione apenas à mulher enlutada, deixando a família em segundo plano. Estudo revela que os homens têm desejo de amparar e oferecer suporte às companheiras na superação do sofrimento causado pelo abortamento, mas que nem sempre estão preparados para isso, porque também estão em sofrimento (RODRIGUES; HOGA, 2005), o que aponta para a necessidade de que toda a família seja cuidada na vivência do luto. **Conclusões:** O estudo revela que, para os profissionais das equipes de ESF estudadas, o luto fetal é complexo e de difícil abordagem. Há identificação dos sentimentos gerados pela perda gestacional na mulher/família e reconhecimento que esse evento é de difícil superação, o que os leva a assinalar que o cuidado deveria centra-se na escuta. No entanto, alguns sinalizam para a falta de preparo e de tempo para dedicarem-se à escuta. Ao reconhecerem-na como instrumento para o cuidado dos enlutados apontam o encaminhamento para profissionais da psicologia, o acompanhamento domiciliário dessas mulheres, em geral pelos agentes comunitários de saúde e, por vezes, pelos demais integrantes da equipe. Os achados indicam a necessidade da implementação atividades de educação permanente em saúde, visando a capacitação da equipe para agir em situações de luto. Ao lado disso, parece ser importante a construção de estratégias de trabalho, que possibilitem espaço de fala para toda equipe, pois o luto, em si, traz sofrimento também para os cuidadores, pois a morte representa, muitas vezes, fracasso e ineficiência da equipe, além de colocar o profissional frente a sua própria finitude.

Referências

Bromberg MHP. **A psicoterapia em situações de perdas e luto.** Editora: Editorial Psy II, São Paulo, 1994.

Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde e Sociedade**, 2010, 19(3): 605-613. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/12.pdf>. Acesso em: 24 out. 2010.

Kübler-Ross E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: Martins Fontes, 1989.

Rodrigues MML, Hoga LAK. Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, 2005, 39(3): 258-267. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n3/03.pdf>. Acesso em: 26 out. 2010.

Rodrigues MML, Hoga LAK. Aborto espontâneo e provocado: sentimentos vivenciados pelos homens. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006, 59(1): 14-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a03v59n1.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2010.

194 ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: PROBLEMATIZANDO A PROPOSTA JUNTO ÀS UBS`S.

BARTEL, Tainã Eslabão
(Aluno de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - FEn UFPel. tainabartel@hotmail.com)

MATOS, Greice Carvalho de
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - FEn UFPel.)

AIRES, Natália Timm
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - FEn UFPel.)

SILVA, Marcelo Melo
(Aluno de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - FEn UFPel.)

OLIVEIRA, Maria José S.
(Aluna de graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas - FEn UFPel.)

DAL PAI, Daiane
(Mestre em Enfermagem, Professora Assistente da FEn - UFPel.)

Descritores: Acolhimento; Centros de Saúde; Humanização da Assistência.

Introdução: Muitos são os desafios enfrentados pelo atual Sistema de Saúde na busca pela prática dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2003, o Ministério da Saúde propôs o HumanizaSUS como uma política que objetiva construir um SUS mais "acolhedor, mais ágil e mais resolutivo", entendendo que as portas de entrada do sistema de saúde são para todos os usuários, independentemente da estratificação social. A expansão da atenção primária à saúde, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), representa uma possibilidade de largo alcance para a organização dos serviços de saúde de modo a aumentar a capacidade resolutiva dos serviços. Nessa perspectiva, a ESF deverá ser a porta de entrada preferencial ao sistema. Apesar dos avanços produzidos com essa proposta, os hospitais ainda são os serviços mais procurados pela população, gerando superlotação, filas de espera e sobrecarga nos hospitais, principalmente no Pronto Socorro (PS). Um estudo realizado em um PS do interior de São Paulo constatou que a demora no agendamento das consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's), os horários de funcionamento coincidindo com turnos de trabalho e a obtenção das medicações facilitadas no PS resultaram nos principais motivos de procura por atendimento neste serviço [(1)] A fim de reordenar a atenção em saúde, a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco foi proposta para acolher e avaliar o usuário conforme sua gravidade e risco à vida, e não mais pela ordem de chegada ao serviço de saúde [(2)]. Assim, a partir da escuta pelos profissionais de saúde sobre a necessidade do indivíduo que procura o PS, este é classificado conforme protocolo clínico pré-estabelecido para ser atendido de acordo com a necessidade de emergência, urgência ou pronto atendimento. Na cidade de Pelotas, o Pronto Socorro representa a principal porta de acesso da população aos serviços de saúde, incluindo também a de algumas cidades vizinhas, o que tem prejudicado a qualidade do atendimento prestado, uma vez que o PS de Pelotas recebe uma demanda além da sua capacidade. Diante da necessidade de promover um atendimento mais humanizado e resolutivo para os usuários, atualmente o PS de Pelotas iniciou um processo de

reestruturação do serviço criando uma nova dinâmica de atendimento, por meio da implementação da estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Esse novo processo exige ações voltadas tanto para os serviços de saúde como para a população em geral. Quanto aos serviços de saúde, se faz necessário maior investimento na busca e adequação de estratégias que promovam a integração/comunicação entre os serviços do PS e as Unidades Básicas de Saúde bem como, maior vínculo entre as UBS`s e comunidade. Em relação à população é fundamental o esclarecimento a respeito das mudanças na organização do atendimento nos serviços de PS. É necessário desmistificar a idéia de que o PS é a melhor opção e a principal porta de entrada para resolver seus problemas ou necessidade de saúde. Diante do exposto o presente projeto visa potencializar os investimentos da estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em processo de implantação no PS de Pelotas e tem como principal objetivo a sensibilização das equipes de saúde da rede básica e os usuários das UBS's acerca da nova proposta de trabalho no PS de Pelotas e organização do atendimento nos diferentes níveis de atenção na rede de saúde do município. **Metodologia:** O público-alvo deste projeto serão os profissionais e usuários das UBS's vinculadas à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal Pelotas. As atividades encontram-se em andamento desde o segundo semestre letivo de 2010, quando foi realizada a capacitação dos alunos integrantes do grupo de trabalho a fim de iniciar as abordagens nas unidades básicas de saúde em 2011. A equipe envolvida é composta por acadêmicos de enfermagem e docentes da UFPel que desenvolvem atividades junto às UBS's. Estão sendo realizadas reuniões com as equipes de saúde pertencentes às UBS's, as quais estão ocorrendo em sessões pré-agendadas, com o objetivo de sensibilizar a equipe de profissionais para o projeto. Dentre as estratégias utilizadas para atingir os objetivos que se destinam aos usuários, serão organizadas visitas domiciliares, mini palestras e dinâmicas na sala de espera da UBS e durante as atividades organizadas pelas equipes de saúde, como, grupo de hipertensos e diabéticos. Também se pretende elaborar materiais de divulgação/informação direcionados aos usuários, os quais poderão ser feitos pelos acadêmicos de enfermagem ou poderão resultar do envolvimento da equipe de saúde de cada UBS. **Resultados e Discussão:** O projeto encontra-se em fase inicial, sendo que até o presente momento foram realizadas reuniões semanais com o grupo de discentes e docentes extensionistas a fim de elaborar material de divulgação que será utilizado durante a abordagem tanto dos profissionais quanto dos usuários das UBS`s. Está prevista a visita técnica dos integrantes do projeto ao Pronto Socorro (PS) de Pelotas para acompanhar o funcionamento da estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco, o que oferecerá mais subsídios para a discussão sobre o fluxo de atenção nos serviços de saúde com base na classificação de risco e na oferta de cada serviço de saúde. Durante as reuniões também foram discutidas formas e métodos de abordagem da equipe e usuários. Cabe considerar que o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e no complemento da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas[(3).] Todas as experiências proporcionadas pelas atividades do projeto de extensão têm instigado reflexões acerca do tipo de atenção a ser dispensada em cada nível de cuidado, sendo a atenção básica caracterizada por um conjunto de ações de saúde, em âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde - ações que devem ser desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nos lugares em que vivem essas populações[(3).] Apesar de uma definição clara, a falta de recursos e a difícil articulação da rede de saúde tornam os serviços da atenção

básica incapazes de realizar essas funções na sua completude. Outro grande problema é a falta de profissionais como: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde (ACS) e recepcionistas, tornando assim um serviço deficitário, nos quais alguns procedimentos, como curativos não são realizados, fazendo com que o usuário se dirija ao PS. Outra questão que tem feito parte das reflexões dos presentes autores é a carência de referências para serviços de Pronto Atendimento (PA), sendo um setor intermediário da rede. Diante de toda essa problemática, o projeto de extensão vem sendo desenvolvido com vistas a fortalecer a estratégia de organização do fluxo de atenção no PS e na rede de atenção de Pelotas. Assim, os acadêmicos participantes do projeto estão sendo capacitados para divulgar as premissas do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco também aos discentes e docentes da Faculdade de Enfermagem. Ainda estão sendo formuladas as intervenções que serão realizadas nas UBS's e, também para a capacitação dos novos componentes que futuramente irão complementar o grupo. **Conclusão**: As mudanças propostas pela iniciativa do PS de Pelotas exigem a re-avaliação dos papéis de cada serviço e a re-organização do fluxo de atenção em saúde de Pelotas. Para tanto, sabe-se que as maiores dificuldades enfrentadas poderão ser a resistência, a rejeição e a falta de compreensão dos atores envolvidos, os quais são fundamentais para o sucesso desta nova estratégia de "acolher", no PS de Pelotas. Nesse sentido, almeja-se que esse projeto auxilie na re-orientação do modelo vigente a fim de tornar mais tênue a relação entre usuário-UBS e usuário-PS, possibilitando um atendimento mais resolutivo e qualificado. Da mesma forma, destaca-se a necessidade de levar estas questões para serem discutidas juntos aos trabalhadores e usuários da UBS's, pois sabe-se que o descongestionamento do PS de Pelotas depende muito da qualidade e resolutividade da atenção básica, bem como do vínculo e confiança dos usuários com esses serviços.

Referências

1.Souza, Mariana de Figueiredo; *et al*. Análise da Utilização do Serviço de Pronto-Socorro na Percepção do Usuário. **Cienc. Cuid. Saúde**. São Paulo, v.9, n.1, p.13-20. 2010.

2.Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento com Avaliação e Classificação de risco**. Brasília, 2004.

3.Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, 2006.

195 PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS ACERCA DOS CUIDADOS A INDIVÍDUOS PORTADORES DE FERIDAS: PERSPECTIVAS DE URUGUAIANA

TRINDADE, Liliane Ribeiro
(Acadêmica de Enfermagem do 5º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa. E-mail: lilianetrindade@hotmail.com)

BORGES, Tatiane Angélica Phelipini
(Acadêmica de Enfermagem do 5º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa)

COMIS,Verydiana Peruzzi
(Acadêmica de Enfermagem do 4º Semestre. Integrante do Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), da Universidade Federal do Pampa)

BUSANELLO, Josefine
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Co-orientadora do Trabalho)

SILVA, Fernanda Machado da
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Orientadora do trabalho)

SENHEM, Graciela Dutra
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa)

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Indivíduos Portadores de Feridas.

O presente resumo tem como objetivo relatar o projeto de pesquisa que tem como objetivo geral conhecer a percepção de enfermeiros acerca dos cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, no âmbito hospitalar e na atenção básica do Município de Uruguaiana. Os objetivos específicos desta proposta de pesquisa são: conhecer as dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos enfermeiros, nos cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, no âmbito hospitalar na atenção básica do Município de Uruguaiana; conhecer as técnicas e tecnologias desenvolvidas pelos enfermeiros nos cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, no âmbito hospitalar e na atenção básica do Município de Uruguaiana; e identificar as atitudes de enfrentamento dos enfermeiros nas situações que envolvem o cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, no âmbito hospitalar e na atenção básica do Município de Uruguaiana. A relevância social e científica da proposta está alicerçada nos seguintes aspectos: contribui para a construção do conhecimento acerca da temática; contempla políticas públicas de saúde; abarca um problema de saúde pública do município de Uruguaiana; direciona as ações e estratégias que pode favorecer a qualificação dos cuidados de enfermagem a prevenção de feridas e a indivíduos portadores de feridas; favorece a interação entre academia e as instituições de saúde locais, consolidando parcerias e firmando espaços para o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão; e possibilita a aproximação dos acadêmicos com a realidade de saúde da

população local. O presente projeto abarca tais perspectivas, pois faz parte das ações desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas dos Cuidados de Enfermagem aos Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), que tem como objetivo desenvolver ações de ensino, pesquisa e extensão voltadas para os cuidados de enfermagem ao indivíduo portador de feridas crônicas e agudas, articulando docentes, técnicos administrativos em educação, acadêmicos da Unipampa, Enfermeiros e demais trabalhadores de Enfermagem das instituições de saúde do Município de Uruguaiana e Região. A abordagem do estudo será qualitativa, que abrangerá a descrição e a análise da realidade de diferentes formas, para representar as experiências vivenciadas pelas pessoas ou a vivência de um determinado fenômeno. O presente estudo será desenvolvido em dois cenários investigativos: Hospital Santa Casa de Uruguaiana; e Unidades de Atenção Básica do Município de Uruguaiana. Destaca-se que a escolha de tais cenários está condicionada a realização, paralela de um projeto de extensão, intitulado "Curso de Aperfeiçoamento em Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas". Ambas as ações, a presente proposta de pesquisa e o projeto de extensão, estão vinculados ao Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas (NECEF), que desenvolve ações de extensão, pesquisa e ensino, voltadas para essa temática. Serão considerados participantes do presente estudo, os Enfermeiros, atuantes nos cenários investigativos descritos acima, participantes do Curso de Aperfeiçoamento em Cuidados Enfermagem a indivíduos portadores de feridas, e que aceitarem participar do estudo. O número de participantes será de, aproximadamente, 24 enfermeiros. Para a coleta de dados serão utilizados grupos focais para a coleta de dados com os enfermeiros participantes da pesquisa. Esta técnica de coleta de dados utiliza as sessões grupais como fóruns facilitadores da expressão de características psicossociológicas e culturais (MORGAN, 1997). Para obter sucesso na realização dessa técnica, torna-se indispensável um planejamento prévio, que visa alcançar informações a partir do aprofundamento da interação entre os participantes, tanto para gerar consenso quanto para clarificar as divergências (MINAYO, 2008). Além disso, é importante propiciar um ambiente permissivo e não constrangedor, no qual os participantes consigam expressar suas percepções, crenças, valores e atitudes sobre uma questão específica (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). A partir dos encontros focais, serão observados os comportamentos, as atitudes e as percepções do grupo em estudo, acerca de determinado fenômeno (DEBUS, 1997). Para tanto, metodologicamente, a realização desses grupos, requer o envolvimento do moderador, que atuará como um facilitador do debate, e do observador que auxiliará na condução da sessão e será responsável por registrar o acontecer grupal (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996). Para facilitar e estimular discussões acerca da temática será necessário o amparo em técnicas que possibilitassem a expressão das percepções, das dificuldades, potencialidades e atitudes de enfrentamento em relação ao cuidado de enfermagem realizado ao indivíduo portador de feridas. Para a realização desta pesquisa estão previstos três encontros focais, sendo assegurado, no entanto, a flexibilidade no decorrer do trabalho, de modo que poderão ser agendados novos encontros, em função do processo interativo grupal. O primeiro grupo focal terá como objetivo conhecer as dificuldades e potencialidades vivenciadas pelos enfermeiros no cuidado a indivíduos portadores de feridas. Já, o segundo encontro focal buscará conhecer as técnicas e tecnologias desenvolvidas pelos enfermeiros nos cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. O terceiro encontro focal terá como objetivo identificar as atitudes de enfrentamento dos enfermeiros nas situações que envolvem o cuidado de enfermagem a indivíduos portadores de feridas. Destaca-se que os encontros grupais irão ocorrer, respectivamente, antes, durante e após o desenvolvimento do Curso de Aperfeiçoamento em Cuidados de Enfermagem a Indivíduos Portadores de Feridas. O desenvolvimento dos encontros dos grupos focais terão como base a técnica grupal de discussão e debates, considerando três momentos: inicialmente, será realizada a introdução do assunto-foco

e/ou recapitulação dos encontros anteriores; o segundo momento será conduzido por meio da utilização de questões norteadoras, vinhetas ou imagens, com intuito de potencializar as discussões; ao final de cada encontro, será oportunizado espaço para os sujeitos acrescentarem ou esclarecerem alguma ideia, bem como, realizada a avaliação da sessão e pactuações para o próximo encontro. Para o registro dos dados, serão consideradas duas perspectivas: a gravação sonora das falas dos participantes dos grupos focais; e os diários de encontro, que serão utilizados pelos observadores para registrar as expressões que irão fomentar das discussões do grupo. Para análise dos dados será utilizada a técnica de análise temática. Do ponto de vista metodológico, essa técnica estabelece três etapas cronológicas, como discorre Minayo (2008), quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré-análise representa a fase de organização do material analítico. Nessa fase serão efetivadas a leitura "flutuante", que consiste no primeiro contato com os documentos; a constituição do *corpus* e por fim, a formulação e reformulação das hipóteses e objetivos. A etapa de exploração do material aborda basicamente a aplicação das decisões tomadas no período de pré-análise, operações de codificação, decomposição ou enumeração. Na última etapa, é o momento em que ocorrerá o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação desses a partir do referencial teórico, bem como inferências que poderão esclarecer os achados da pesquisa. O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 196/1996 e a Resolução 370/2007, dispõem as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, tendo como quatro referências básicas de bioética: autonomia, não maleficência, benefícios e justiça. Destaca-se que estas referências serão devidamente seguidas no presente estudo, proporcionando os direitos e deveres referentes à comunidade científica e aos participantes sujeitos da pesquisa. Cumprindo as perspectivas éticas, o presente estudo será submetido a Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), após autorização das instituições de saúde que se constituírem como cenários investigativos. A partir da presente proposta de pesquisa espera-se que os dados e resultados revelados possam subsidiar estratégias para a formulação de ações de aperfeiçoamento em cuidados de enfermagem a indivíduos portadores de feridas, direcionadas aos trabalhadores de enfermagem do Município de Uruguaiana. Essa possibilidade poderá influenciar positivamente na atenção à saúde e resultar na qualificação do cuidado de Enfermagem direcionadas à população portadora dessa situação clínica de saúde, na perspectiva da prevenção, tratamento e recuperação das feridas.

Referências

DEBUS, M. **Manual para excelência e la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2008.

MORAIS, G.F.C.; OLIVEIRA, S.H.S.; MARIA SOARES, M.J.G.O. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 98-105.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative reseach**. Thousand Oask: Sage, 1997.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.120, n.6, p. 472-481, 1996.

196 A INTEGRALIDADE DO CUIDADO A UMA PACIENTE ONCOLÓGICA E SUA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

FERRAZZA, Anielle
(Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem- FEn da Universidade Federal de Pelotas- UFPel. Bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- PET-Saúde. Relatora. aniferrazza@hotmail.com)

JAKS, Caroline Daiane Weber
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel. Bolsista de graduação em monitoria da disciplina: Unidade do Cuidado de Enfermagem III.)

VIANA, Luisa Amoza
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel)

PALAGI, Sofia
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel. Bolsista PET-Saúde.)

GALARRAGA, Sarine Fábrica
(Acadêmica do 7º semestre da FEn/UFPel)

MUNIZ, Rosani Manfrin
(Enfermeira, Doutora em Enfermagem e docente da FEn/UFPel. Pesquisadora do NUCCRIN.)

Descritores: Câncer do Colo do Útero; Cuidados de Enfermagem; Saúde da Mulher; Família**.**

Introdução: O câncer é uma doença crônica, não transmissível, caracterizada pela proliferação descontrolada de células anormais do organismo que, geralmente, formam um tumor. Essas células podem, também, se desprender do tumor e migrar para outra parte do corpo, substituindo tecidos sadios (HOSPITAL DO CÂNCER, 2010 apud BARRETO; AMORIM, 2010). Ao receber o diagnóstico de câncer, uma doença que traz tantos sofrimentos e preocupações, essa situação é desestruturante não só para quem é por ela acometido, mas também para a família que se vê surpreendida por um momento de grande estresse, que leva, quase que imediatamente, a mudanças de comportamento (BARROS; LOPES; 2007). Os profissionais da saúde devem compreender os sentimentos dos clientes e de seus familiares para conseguir junto deles definir estratégias para o enfrentamento da doença. Para isto, cada paciente traz consigo uma crença e valor, e a religiosidade/espiritualidade que podem se constituir em estratégias de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico do câncer que produz um forte impacto na vida do indivíduo e cujo tratamento é permeado de eventos estressores (FORNAZARI; FERREIRA; 2010). O cuidado de enfermagem deve abranger paciente e família, pois ambos vivenciam o impacto que a descoberta desta patologia traz, e assim conseguir amenizar as dificuldades por eles enfrentadas, proporcionando um cuidado humanizado. Em se tratando de uma doença como o câncer, o cuidado a família é indispensável, pois este sofre o desgaste físico, emocional e social para conseguir cuidar de seu familiar acometido, desde a revelação do diagnóstico até o tratamento. É fundamental que a família esteja consciente do cuidado que o paciente com câncer demanda, uma vez que precisa de apoio para enfrentar a doença e o tratamento por ele exigido, estando todos cientes que nem sempre o mesmo traz a cura, mas o papel do enfermeiro também é o de prestar conforto para a caminhada ao longo do tratamento. Considerando o cuidado elemento fundamental na enfermagem, percebe-se que é necessário estudar formas de

atuação para otimizar a assistência prestada ao cliente. **Objetivo:** Apresentar a integralidade do cuidado a uma paciente com câncer do colo de útero hospitalizada e sua família, tendo por finalidade acompanhá-los ao longo do tratamento. **Metodologia:** Este é um relato de experiência que busca evidenciar o cuidado de acadêmicas de enfermagem a uma paciente oncológica, durante estágio curricular no segundo semestre de 2009 em uma unidade de internação clínica de um Hospital de Ensino no Sul do Rio Grande do Sul, durante o componente Unidade do Cuidado Adulto II. Naquele período percebemos a necessidade de compreender a paciente hospitalizada e sua família, a qual se organizava de forma dinâmica para o cuidado de seu familiar doente. A escolha do sujeito do estudo surgiu pela patologia da paciente, que apresentava câncer do colo do útero em estágio avançado, e começaria tratamento paliativo com a associação de radioterapia e quimioterapia. O estudo foi realizado com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), contemplando todas suas fases e o genograma e ecomapa para contextualizar as relações familiares e de apoio que a paciente possui. **Resultados:** A partir do acompanhamento junto à paciente durante os dias de prática hospitalar e o estudo realizado sobre a patologia enfrentada pela paciente, possibilitou-nos elaborar um plano de intervenções que abrangesse a ela e sua família a fim de que auxiliasse no decorrer do tratamento em sua hospitalização. Após o vínculo estabelecido, detectamos a maneira mais sutil para a possibilidade de intervenção nas dificuldades encontradas e apoio para seguir no tratamento. Diante dessa perspectiva, realizou-se intervenção de enfermagem na ansiedade que apresentava relacionada com o câncer e o tratamento, dialogamos na tentativa de proporcionar tranqüilidade e conforto, investigamos o nível desta ansiedade e oferecemos informações pertinentes as suas dúvidas. Perante a orientação da paciente sobre seu caso e sua longa permanência em ambiente hospitalar a cliente manteve-se disposta e otimista em relação ao seu tratamento, sabendo as dificuldades que o mesmo implicaria. A paciente sempre esteve acompanhada de um familiar, os quais se organizavam de forma dinâmica dando o melhor de si para conseguir que alguém da família sempre estivesse presente. Um ponto de vista benéfico ao enfrentamento da paciente com a doença foi a sua espiritualidade, que se tornou uma grande aliada. Cabe destacar que esta ligação da paciente com a espiritualidade/religiosidade contribuiu para sua permanência ao tratamento e entendimento da situação, e nós, como acadêmicas pudemos vivenciar esta experiência, aprendendo e compreendendo o paciente oncológico em sua totalidade, respeitando suas crenças e valores. A relação de paciente/família e profissional da saúde pode ser notada neste estudo, uma vez que estávamos em contato sempre que necessário, no cuidado a paciente tanto em procedimentos de enfermagem como no apoio psicológico, sendo fundamental para que estes sentiam-se a vontade para nos procurar nos momentos difíceis. Desse modo, considera-se que a oportunidade para analisar a situação real vivida contribuiu para a nossa formação profissional como futuras enfermeiras, bem como para a tomada de decisões em outras situações semelhantes. **Conclusões:** O doente oncológico necessita de cuidados integrais, e para isto é necessário que tenha profissionais capacitados para lidar com eles, respeitando suas crenças e valores, fornecendo um cuidado humanizado e qualificado. Assim, a família se destaca como seu alicerce, sendo imprescindível o auxílio para o enfrentamento da doença. No entanto, os profissionais devem atentar também para o cuidado ao familiar, visto que este busca o apoio da equipe nos momentos de dúvidas. Diante disso, compreendemos os sentimentos relacionados ao câncer, já que sua descoberta é temida por todos, sendo seu diagnóstico associado à morte, uma vez que o câncer é uma das maiores causas de mortalidade no Brasil. A família deve sentir-se a vontade para procurar apoio junto à equipe de saúde, a qual é buscada nos momentos de dúvida, o que aponta para a necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais para cuidar da pessoa doente e dos familiares (BARRETO; AMORIM; 2010). A equipe profissional que procura manter uma atitude aberta a todos esses aspectos, posiciona-se de forma a não reduzir o paciente a um

corpo em sofrimento, criando assim a possibilidade de um novo espaço significativo nessa relação entre paciente/família e profissional (FORNAZARI; FERREIRA; 2010).

Referências

1. BARROS, Dejeane de Oliveira and LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Mulheres com câncer invasivo do colo uterino: suporte familiar como auxílio. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2007, vol.60, n.3, pp. 295-298. ISSN 0034-7167. doi: 10.1590/S0034-71672007000300009. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a09.pdf acessado dia 13/04/11.

2. BARRETO, Thâmara Sena; AMORIM, Rita da Cruz. A família frente ao adoecer e ao tratamento de um familiar com câncer. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):462-467. Disponível em http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a22.pdf acessado dia 13/04/11.

3. FORNAZARI, Silvia Aparecida and FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 265-272. ISSN 0102-3772. doi: 10.1590/S0102-37722010000200008. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2.pdf acessado dia 13/04/11.

197 CLÍNICA AMPLIADA E O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA REDE HOSPITALAR: UM ESTUDO REFLEXIVO

MARON, Luana Carine
(Acadêmica 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. luana.maron12@hotmail.com)

BANDEIRA, Danieli
(Acadêmica do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

SKALSKI, Stefano Rodrigues
(Acadêmico do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS)

BISOGNO, Silvana Bastos Cogo
(Enfermeira, Mestre, Professor Assistente do Curso de Enfermagem UFSM/CESNORS. Orientador)

Descritores: enfermagem; gestão de qualidade; gestão em saúde.

A fragmentação do processo terapêutico constantemente propõe novos desafios, ou seja, cresce o número de trabalhadores que intervém no mesmo caso, e muitos sem resolutividade. Os usuários da rede hospitalar, por vezes, não são avaliados em seu contexto biopsicossocial e não formam vínculo com os profissionais, prejudicando assim uma assistência qualificada e humanizada. Para que essa situação mude, a implementação da Clínica Ampliada e a utilização do Projeto Terapêutico Singular (PTS) são de grande valia, pois oferecem alternativas a fim de possibilitar ao serviço de saúde a autonomia do usuário, além de seu maior contato com os profissionais. Para Carvalho e Cunha, (2006) a Clínica ampliada pode ser individual ou coletiva e além de reconhecer o que o sujeito apresenta de igual (diagnóstico), atenta para o que ele apresenta de diferente, de singular, isto é, um conjunto de sinais e sintomas específicos do sujeito. Uma clínica pactuada, capaz de evitar a mitificação de suas propostas de intervenção, abrindo-se inúmeras possibilidades de ação e participação do usuário. Além disso, a clínica ampliada propõe que o profissional de saúde faça com que o usuário busque sua autonomia e também sua capacidade de combate a doença e a produção de vida. Já o PTS, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito doente e sua relação com a doença, para definir propostas e ações. É, portanto uma variação da discussão de "Caso Clínico" (Carvalho e Cunha, 2006). Nesse sentido, torna-se inevitável a construção de uma metodologia organizacional no hospital que combine tanto as práticas diagnósticas quanto terapêuticas adaptando-se às variações presentes em cada caso. Além disso, para que esse novo modelo de cuidado possa ser implantado, é preciso que haja autonomia e a motivação dos profissionais frente ao trabalho clínico e criar um padrão de gestão em que a maioria se sinta motivada para dedicar-se a produção de saúde (Campos, Amaral; 2007). A motivação em refletir sobre a aplicação da Clínica Ampliada e do PTS deu-se em função das dificuldades observadas durante as atividades práticas curriculares desenvolvidas na rede hospitalar, a falta de uma equipe multidisciplinar e de sua singular relação com o usuário bem como a clínica tradicional baseada no modelo biomédico visando apenas à doença e não observando o usuário como um todo (ser biopsicossocial); além disso, percebeu-se a falta de estudos publicados referentes ao tema. Neste contexto Hafner et. al. (2010) destacam sobre as diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde, que visam desenvolver competências e habilidades como a atenção

à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, na formação de um novo perfil de profissional de saúde para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, a formação de profissionais com plenas condições para desenvolver a promoção, prevenção, tratamento e a cura dos usuários de forma mais humanizada, levando em conta o contexto biopsicossocial do usuário. Dessa maneira, o Curso de Enfermagem recebe informações referentes à Clínica Ampliada e o PTS. Porém, os profissionais da rede hospitalar, muitas vezes, não desenvolvem essas competências, pois estão centrados apenas na cura da doença, esquecendo-se totalmente que o usuário não é só portador da patologia, mas sim um ser social e que tem autonomia, além disso, não se vinculam em uma equipe multidisciplinar ou desconhecem a Clínica Ampliada e o PTS; e muitas vezes pela sobrecarga de trabalho, ocorre pouca motivação para a realização da uma assistência mais humanizada. Por outro lado, segundo Campos e Amaral (2007), relatam que todas as metodologias de padronização – protocolos, fluxograma, cadeias de cuidado e acreditação, que estão inseridas na rede hospitalar – tentam transportar para os serviços e sistemas de saúde a lógica da linha de produção, de uma continuação no cuidado prestado aos usuários. Campos e Amaral (2007) também reconhecem que é inevitável a fragmentação do trabalho clínico decorrente da multiplicação de especialidades e de profissões de saúde, bem como da existência de inúmeros serviços de apoio diagnósticos e terapêuticos, que sugerem sua integração mediante a constituição de documentos que descreveriam o percurso adotado a cada doença ou problema de saúde. Estes autores descrevem que se cada etapa do processo existisse um profissional responsável, o cuidado seria mais qualificado e contínuo e o processo de trabalho mais resolutivo. Porém, essa fragmentação do poder nos serviços de saúde particularmente, no hospital, torna-se difícil, senão impossível, constituir departamentos que integrem as diferentes profissões e especialidades médicas sob gestão unificada. Desta maneira compreende-se que as diretrizes curriculares utilizadas nas instituições de ensino superior, principalmente para o curso de Enfermagem, são voltadas para o aprendizado e utilização da Clínica Ampliada e do PTS, porém, quando estes se deparam com seu ambiente de trabalho percebem que os outros profissionais não tem essa formação prejudicando a construção de uma equipe multiprofissional baseada nas necessidades integrais do sujeito. A Clínica Ampliada e o PTS estão de certa forma inseridos na rede hospitalar, mas não são efetivados, ou seja, o processo de trabalho dos profissionais possui pouca resolutividade no que diz respeito ao cuidado humanizado com o usuário. Assim, percebe-se que os futuros profissionais (Enfermagem) possuem os preceitos teóricos adequados para efetuar uma assistência qualificada, porém, na maioria das vezes, no mercado de trabalho que irão atuar deparam-se com sérias dificuldades, sendo a mais evidente, a falta de profissionais, bem como o trabalho de uma equipe multiprofissional sem o aprendizado necessário, não dando uma seqüência às atividades aprendidas e que seriam de grande importância na assistência à saúde, além disso, ao adentrarem na rotina da instituição, muitos profissionais acabam por acomodar-se, fixando-se apenas as atividades já desenvolvidas no hospital. A partir da realização desta reflexão percebe-se que se a Clínica ampliada e o PTS fossem implantados na rede hospitalar poderiam proporcionar melhores resultados na ascensão da saúde do usuário, ter-se-ia o conhecimento necessário sobre os problemas individuais, sociais e comunitários bem como a sua participação no processo saúde doença. Porém, percebe-se que essa forma de atenção ainda está muito distante de nossa realidade, pois não existem profissionais suficientes na rede hospitalar para contemplar essa atividade, além da truncada demanda de serviço e ações que os mesmos realizam não sobrando tempo para realizar a Clínica Ampliada e aplicar o PTS. Para que essa nova forma de cuidado seja efetivada, observa-se neste contexto, a necessidade da existência da referência e a contra-referência, vinda principalmente da Rede Básica, para que inicialmente de alguma forma oriente os profissionais da rede hospitalar a agir com o usuário. Dessa maneira, conhecendo a realidade do usuário, poder-se-á garantir um

maior vínculo com o mesmo e uma assistência qualificada e humanizada. Além disso, a realização de estudos nessa área seria muito importante, pois relataria as reais dificuldades enfrentadas pelos serviços de saúde, principalmente na rede hospitalar, bem como as principais características, funções e resultados da aplicação da Clínica Ampliada e do PTS, para que, dessa maneira motive gestores e profissionais a implantar essa nova forma de cuidado garantindo melhores resultados nos serviços prestados ao usuário na rede hospitalar.

Referências

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et al]. Tratado de Saúde Coletiva. In: CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. **A gestão da Atenção na Saúde: Elementos para se pensar a mudança da organização na saúde.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 837-864.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARA, Márcia Aparecida do. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. Ciência e Saúde Coletiva, 12(4): 849-859, 2007.

HAFNER, Maria de Lourdes Marmorato Botta; MORAES, Magali Aparecida Alves de Moraes; MARVULO, Marilda Marques Luciano; BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; CARVALHO, Maria Helena Ribeiro de.; GOMES, Romeu. **A formação médica e a clínica ampliada: resultados de uma experiência brasileira.** Ciência e Saúde Coletiva, 15(Supl.1): 715-1724, 2010.

NOTA PRÉVIA
198 QUEDAS EM IDOSOS: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA E DE GRANDE IMPACTO SOCIAL

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira Doutora em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora PET Enfermagem CESNORS/UFSM)

HILDEBRANDT, Leila Mariza
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFSM)

STAMM, Bruna
(Acadêmica de Enfermagem, Bolsista voluntária PET de Enfermagem UFSM/CESNORS
E-mail: bruna-stamm@hotmail.com)

BOTH, Juliane Elis
(Acadêmica de Enfermagem, Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

SMANIOTTO, Rúbia Geovana
(Acadêmica de Enfermagem, Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

BORTOLINI, Eliege
(Acadêmica de Enfermagem, Bolsista PET Enfermagem UFSM/CESNORS)

Descritores: Idoso; Enfermagem; Grupo social.

Introdução: Este trabalho consiste em uma nota prévia de um projeto de pesquisa denominado "Capacidade funcional, causas e conseqüências de quedas em idosos participantes de grupos de Terceira Idade". Com o processo de envelhecimento, emergem problemas de saúde, tanto físico como mental, gerando, freqüentemente, doenças de natureza crônica. Além disso, associado a esta situação, as pessoas idosas tem maior probabilidade de sofrer quedas nessa fase da vida. Sabe-se que a velhice é um fenômeno histórico, social e cultural, multifacetado e multidisciplinar, não se resumindo a aspectos demográficos. O envelhecimento populacional e o aumento da ocorrência de doenças crônico-degenerativas provocam a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, incluindo a formação e capacitação de profissionais para o atendimento desta nova demanda. Sabe-se que as quedas em idosos constituem-se, atualmente, em uma grande preocupação, pela sua freqüência e conseqüências, comumente relacionadas a diminuição da qualidade de vida. Desse modo, há necessidade de propor intervenções no sentido de prevenir a ocorrência das mesmas. Quando se trata de uma pessoa idosa, por vezes, as quedas não são relatadas espontaneamente, devendo ser interrogadas pelo profissional no momento da anamnese geriátrica. As quedas podem ocorrer como conseqüência de problemas de alguns sistemas ou mesmo estar relacionadas a fatores extrínsecos[1]. Podem, também, ser decorrentes de fatores associados a doenças agudas, como pneumonia, infecção urinária e insuficiência cardíaca. De acordo com o Ministério da Saúde, as quedas e suas consequências para as pessoas idosas, no Brasil, têm assumido dimensão de epidemia. Os custos para um idoso que cai e resulta em uma fratura são incalculáveis. Além disso, se constitui em um evento que atinge toda a família e repercute em altos custos para o sistema de saúde. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS), anualmente, tem dispêndio crescente

destinado a tratamentos de fraturas em idosos[2]. As quedas, além de produzirem uma importante perda de autonomia, independência e de qualidade de vida entre os gerontes, podem repercutir entre os seus cuidadores, principalmente os familiares, que devem se mobilizar em torno de cuidados especiais, adaptando toda a rotina em função da recuperação ou adaptação após a queda. Comumente, o idoso, após sofrer uma queda tende a diminuir a realização de suas atividades da vida diária, por receio de expor-se ao risco de nova queda ou por medidas protetoras da sociedade e familiares/cuidadores. Além disso, as pessoas podem passar a ver o idoso que cai como um indivíduo frágil e, com freqüência, afasta-o das atividades que desenvolvia. Do mesmo modo, em função da incapacidade advinda de imobilidades provocadas pela queda que, em longo prazo, tem conseqüências não só aos idosos, mas também a seus familiares, que passam a se mobilizar para o tratamento e a recuperação do idoso, e aos serviços de saúde[3]. Embora haja o conhecimento da importância dos fatores de risco, em especial, os ambientais no favorecimento para a ocorrência de quedas, os estudos acerca desse tema são reduzidos. A ênfase atual mostra que a intervenção sobre esses fatores, quando realizada por uma equipe profissional, pode prevenir quedas em idosos com história prévia. Aliado as quedas o transtorno depressivo tem maior prevalência, duração mais longa e mais possibilidades de recorrências nos idosos[4]. Com isso, a investigação dessa doença crônica deve ser realizada rotineiramente. Na maioria das vezes, a depressão esta mascarada em sintomas físicos, os quais não melhoram apesar de inúmeros tratamentos. Se o diagnóstico for feito e o tratamento instituído corretamente, ocorrerá melhora significativa para o paciente e suas relações familiares. Cerca de um terço dos idosos atendidos em ambulatório apresentam sintomas depressivos, ainda que apenas 8% a 10% preencham os critérios de depressão maior. A maioria se enquadra na categoria de depressão menor, designação inapropriada por presumir que seja menos grave o impacto na qualidade de vida dos pacientes[4]. Além de a depressão ser uma doença que pode promover incapacidades por si só, ela pode influenciar nas outras patologias concomitantes favorecendo um descontrole das mesmas e aumentando a morbimortalidade dos idosos[4]. Assim, sendo o envelhecimento humano é uma realidade, vê-se a necessidade de desenvolver pesquisas que possam reverter em conhecimento para maximizar a qualidade de vida desta população. Diante do exposto optou-se por realizar um estudo com idosos participantes de grupos de terceira idade do município de Palmeira das Missões/RS, a fim de conhecer a realidade e identificar possíveis dissonâncias e particularidades relacionadas a fatores de risco para quedas. Desse modo, pode-se realizar um diagnóstico em relação a prevalência de quedas em idosos e seus agravos, além de identificar a existência de fatores predisponentes de natureza intrínseca, extrínseca e comportamentais no cotidiano dos idosos. O **objetivo** do presente estudo consiste em conhecer os fatores prevalentes das quedas e suas implicações em idosos participantes de grupos de terceira idade do município de Palmeira das Missões- RS, e como objetivos específicos analisar a influência das quedas na qualidade de vida de idosos; caracterizar o perfil socioeconômico dos idosos; identificar possíveis fatores que predispõem/ causadores de quedas e averiguar as conseqüências das causas para a vida do idoso. **Metodologia**: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal. Como instrumento para a coleta dos dados será utilizado um questionário com questões socioeconômicas e sobre saúde, abordando de forma direta as características das quedas, o sexo que mais comumente está sujeito a quedas, além de avaliar as causas intrínsecas e extrínsecas envolvidas nas quedas, além de levantar as principais conseqüências das quedas. Será utilizada a observação simples para complementar a investigação, para se obter mais informações. As observações serão registradas em diário de campo. O estudo observará a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e encontra-se em fase de aceitação pelo Comitê de Ética. **Resultados/Conclusão:** Os resultados deste estudo possibilitarão discutir a formulação de práticas e programas, em especial na prevenção de quedas, que contemplem a construção de uma nova

realidade e que possam estabelecer uma relação mais efetiva entre a saúde e a educação, garantindo maior diálogo com parceiros ativos na valorização de uma melhor qualidade de vida para idosos. Este projeto também provoca a inserção dos acadêmicos de enfermagem em espaços de futura atuação e possibilita a reflexão de propostas inovadoras, de interesse das pessoas envolvidas, que permitam elos no processo de compreensão e construção dos conhecimentos e que promova um pensar criativo, propiciando o crescimento dos sujeitos, fundamental para a produção de cuidado.

Referências

1. Barbosa MT. Como avaliar quedas em idosos? Rev. Assoc. Med. Bras. [Online]. 2001, vol.47, n.2, pp. 93-94.

2. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde do idoso. 2010. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33674&janela=1.

3. Fabricio SCC, Rodrigues RAP, Costa Junior ML. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Rev. Saúde Pública [online]. 2004; 38(1): 93-99.

4. Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Quedas em Idosos: Prevenção. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Projeto Diretrizes - Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008

NOTA PRÉVIA

199 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS FAMÍLIAS COM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO OESTE DO ESTADO

SOUZA, Neila Santini de
(Enfª Doutoranda em Enfermagem/Dinter e Docente da UNIPAMPA, neilasouza@unipampa.edu.br)

RODRIGUES, Ana Eliza Belizário
(Acadêmica de Enfermagem do 5º semestre da UNIPAMPA)

NEVES, Eliane Tatsch
(Enfª Doutora em Enfermagem e Docente da UFSM)

Descritores: saúde da criança; pesquisa em enfermagem; família.

As condições de saúde infantil sofreram constantes modificações ao longo das últimas décadas em nosso país, mas ainda demanda preocupação constante em algumas regiões, devido às discrepâncias sócio-econômicas, bem como, à dificuldade no acesso a serviços de qualidade na atenção à saúde. Neste estudo, o itinerário terapêutico será investigado como o percurso que a família realiza na busca por cuidado e tratamento para a condição de saúde da criança. O itinerário terapêutico preconiza uma sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes sobre a identificação da doença e a escolha da terapia adequada. Inclui tanto a complexidade das etapas e as escolhas por um ou mais setores, como o percurso feito na busca de tratamento e cura da doença, quanto às avaliações dos diferentes resultados obtidos em prol da manutenção da saúde (MATTOSINHO, 2007). A região oeste do Rio Grande do Sul - RS é conhecida pelo seu processo de estagnação econômica, aliado a este fato, o município de Uruguaiana apresenta índices considerados altos de mortalidade infantil sendo de 22,12/1000 nascidos vivo, muito superior ao restante do estado do RS que é de 13,6 índice este, mantido praticamente idêntico ao nacional de 22,5(UFRGS, 2008). O município de Uruguaiana está situado na microrregião da campanha ocidental, possuindo uma área é de 5.715.782Km^2 com uma população de 127.138 habitantes segundo dados do IBGE. Está distante 649 Km da capital do Estado. Sua composição étnica origina-se dos grupos nômades indígenas e posteriormente os colonizadores foram espanhóis, portugueses e africanos. As correntes migratórias modernas são representadas por italianos, alemães, espanhóis, franceses e árabes. A principal atividade econômica é agropecuária, com sua extensa lavoura de arroz e gado de corte. Uruguaiana é a maior porta de entrada de turistas do Estado, registrando mais de 100.000 turistas argentinos, chilenos, paraguaios, entre outros. Em 164 anos de existência, o Município figura como 4º maior do Estado, tendo o maior porto-seco da América Latina, com 80% da exportação nacional atravessando a Ponte Internacional. Possui uma moderna estação aduaneira, das maiores do Brasil, próxima a ponte internacional. A realidade impõe grandes desafios, com a produção industrial em declínio, a estrutura produtiva passa a depender, fortemente, dos setores primário e de serviços. Outros fatores, combinados entre si, têm dificultado a superação da situação atual, entre os quais se pode citar: o baixo investimento público *per capita*, o que reflete a baixa capacidade financeira dos municípios; a baixa densidade populacional e alta dispersão urbana; a estrutura fundiária caracterizada por médias e grandes propriedades e a distância geográfica dos pólos desenvolvidos do estado, que prejudica a competitividade da produção da região. Em virtude da aproximação com a Argentina, a população de Uruguaiana apresenta vários casos de famílias de dupla nacionalidade. Além disso, entre os

moradores há um intenso fluxo para a cidade vizinha de Paso de Los Libres para trabalho e comércio. A economia municipal é proveniente, principalmente do setor agrícola, especialmente da cultura orizícola. O município encontra-se em 18º lugar na classificação Estadual do PIB. Os indicadores locais de renda e desenvolvimento, têm se mantido inferiores aos valores nacionais e Estaduais. Dentre eles estão o PIB per capta, os índices de Desenvolvimento Humano – IDH bem como a má distribuição de renda (UFRGS, 2008). O Sistema Único de Saúde encontra-se extremamente enfraquecido localmente, necessitando ser fortalecido com relação aos aspectos vinculados ao controle social, discussão e implementação de políticas públicas, com vistas ao desenvolvimento social e melhora da qualidade de vida da comunidade. O Sistema Único de Saúde mantém predominantemente o modelo privatista e medicocêntrico, a rede básica de saúde é ineficiente para as demandas da população, provocadas principalmente pela baixa adesão municipal (em torno de 11% segundo os dados da SMS) às políticas como Estratégia de saúde da família – ESF, Programa de agentes comunitários de saúde - PACS e Núcleo de apoio à saúde da família - NASF, entre outros. Apresentamos os objetivos desta pesquisa, como proposta para ser desenvolvida durante o Doutorado Interinstitucional em Enfermagem – DINTER ENFERMAGEM, promovido pela UNIFESP/EEAN/UFSM, tendo como parceiras a UNIPAMPA, UNIJUÍ e UNIFRA. Propomos neste estudo, conhecer o itinerário terapêutico das famílias com crianças menores de cinco anos no oeste do Rio Grande do Sul; relacionar as repercussões dos itinerários terapêuticos das famílias com a saúde da criança e as políticas de saúde da região. Procuramos descrever os itinerários terapêuticos das famílias com crianças menores de cinco anos, residentes na região da 10ª Coordenadoria Regional de saúde. A área de abrangência desta regional de saúde compreende o oeste do estado do Rio Grande do Sul (RS), correspondente a 13 municípios, com uma população estimada de 560.000 habitantes. Pela proposição em desenvolver uma pesquisa de natureza qualitativa, diante da realidade regional, para fins de amostragem e para garantir a qualidade dos dados, farão parte desta pesquisa, famílias cadastradas que vivem na área de abrangência da estratégia de saúde da família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva onde será utilizado para a discussão dos resultados o referencial teórico do modelo de Sistemas de Cuidado à Saúde (MALISKA, 2007), o qual se constitui um sistema cultural, composto pelos subsistemas de cuidado popular, familiar e profissional proposto pelo antropólogo Arthur Kleinman. O cuidado à saúde é permeado por questões culturais, que embasam a tomada de decisões no contexto familiar, garantindo a estabilidade social e econômica de seus membros. A relação entre itinerários terapêuticos e pobreza é bastante relevante no campo da Saúde Coletiva, em especial na conjuntura brasileira, marcada pela desigualdade social e diversidade cultural que se reflete na busca do cuidado (GERHARDT, 2006). A produção dos dados da pesquisa ocorrerá no período entre o primeiro e segundo semestre do ano de 2012, utilizando como recursos as dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) do método criativo-sensível, com as famílias das crianças menores de cinco anos, sendo que os dados sofrerão a análise de discurso francesa, que consiste em um método de leitura e interpretação dos dados empregando diferentes procedimentos analíticos. As dinâmicas de criatividade e sensibilidade – DCS, integrantes do método de pesquisa descrito como Método Criativo e Sensível – MCS, conjugam técnicas consolidadas de coleta de dados, entrevista coletiva, discussão de grupo e observação participante para produzir dados no espaço grupal de forma dinâmica, dialógica e interacional. A dinâmica possui os procedimentos adotados na pesquisa qualitativa, desenvolve o senso crítico e reflexivo e apresenta, no processo de criação artística, a sensibilidade mediada pela escuta sensível como força produtora de dados para a pesquisa. Proporciona ainda a organização dos dados para análise e permite a validação dos mesmos no próprio grupo pesquisado. A dinâmica de criatividade e sensibilidade como método é uma abordagem grupal estimuladora das dimensões criativa e sensível dos atores sociais que, mediados

pelo ambiente de dialogicidade e criticidade da DCS, movimentam-se pelos estágios de transitividade da consciência e chegam ou não à tomada de consciência (NEVES; CABRAL, 2009). Os aspectos éticos relativos ao estudo aqui proposto envolverão a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, vinculado ao Programa de pós-graduação em enfermagem, o embasamento na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa com seres humanos, sendo utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada participante e a autorização para uso de imagem. O estudo permitirá delinear o itinerário terapêutico das famílias e os pontos de fragilidades e de fortalecimentos na rede de saúde local, bem como a rede social de apoio e promoção da saúde local e regional. Os dados produzidos coletivamente a partir das oficinas de criatividade e sensibilidade poderão ser utilizados para o desenvolvimento de iniciativas locais que visem à redução da taxa de mortalidade infantil e a melhoria da saúde infantil na região oeste do estado do Rio Grande do Sul.

Referências

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(11): 2449-2463, nov, 2006.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 03, p. 687 - 698, 2007.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. Revista Latino-americana de Enfermagem, novembro-dezembro, 15(6), 2007.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. MISOCZKY, M.C.A. (org). Diagnóstico local de saúde do município de Uruguaiana, 2008.

NEVES, Eliane Tatsch; CABRAL, I. E. Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: desafios para as famílias e Enfermagem Pediátrica. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, p. 527-538, 2009.

NOTA PRÉVIA
200 O SUICÍDIO NA VOZ DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

BORTOLINI, Eliege
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/Centro de Educação Superior Norte RS – UFSM/CESNORS. Bolsista Pet Enfermagem CESNORS/ RS/Brasil. eliegebortolini@hotmail.com)

NARDINO, Janaine
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS, Bolsista Fiex. RS/Brasil)

HILDBRANDT, Leila Mariza
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP, Professora do Departamnto de Ciências da Saúde da UFSM/CESNORS. RS/Brasil Coordenadora do Projeto)

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica pela PUCRS, Professora do Departamento de Ciências da Saúde e Tutora PET Enfermagem da Universidade UFSM/CESNORS. RS/Brasil)

MARTINS, Ricardo Vianna
(Psicólogo, Doutor em Psicologia pela PUCRS, Docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFSM)

Descritores: Enfermagem; Suicídio; Tentativa de suicídio; Hospitais Gerais; Assistência de Enfermagem

Introdução: Este trabalho é uma nota prévia do projeto de pesquisa intitulado *O suicídio na voz de profissionais de enfermagem*. Entende-se que ao trabalhar essa temática, pode-se romper pré-conceitos existentes acerca do cuidado com o paciente que tentou o suicídio e as formas de intervir nesse atendimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio encontra-se entre as 10 principais causas de morte no mundo e entre as três primeiras quando se considera a faixa entre 15 e 34 anos de idade (WHO, 2000). Além disso, segundo a OMS (2008), para cada suicídio consumado considera-se que existam cerca de 20 ou mais tentativas de suicídio. Deste modo, a alta mortalidade por suicídio, assim como o expressivo número de tentativas de suicídio, fez com que tenha se tornado um problema de saúde pública para o Brasil (BOTEGA, 2006). O suicídio consiste na morte auto-infligida, causada por um ato voluntário e intencional e tentativa de suicídio por ser definido como a falha do ato suicida (SCHMITT; CHACHAMOVICH; KAPCZINSKI, 2007). Quando há uma tentativa de suicídio, comumente essa pessoa é conduzida para uma instituição hospitalar mais próxima e ela, na maioria das vezes, é atendida na unidade de emergência. Nesse cenário, são os profissionais de enfermagem que geralmente fazem o primeiro contato e ofertam os primeiros cuidados. Esses profissionais têm papel fundamental nos atendimentos de pacientes com risco ou tentativas de suicídio, devendo levar em consideração não somente os aspectos físicos, mas também os psicológicos envolvidos no processo. Desde o primeiro atendimento, os profissionais de enfermagem devem tentar estabelecer um vínculo de confiança e de apoio, além do comportamento de vigilância. Esta forma de cuidado pode aliviar o estado mental do paciente (BOTEGA, 2006). Com o apoio e construção de uma relação terapêutica, pode ser o melhor acolhimento em relação a pessoa suicida ou com risco para o suicídio. Parece importante problematizar as possíveis consequências em ter profissionais de enfermagem com carência de informações e pouco qualificados a respeito dos fatores envolvidos no suicídio e as maneiras de lidar com sujeitos com

risco e/ou tentativa de suicídio. Pode-se pensar na possibilidade da falta de conhecimento levar o profissional a atuar de forma precária na prevenção e tratamento da pessoa que tentou ou está com risco para o suicídio. E ainda, possivelmente, causar maior sofrimento ao paciente e sua família. A partir dos discursos dos profissionais de enfermagem é possível organizar e planejar ações de educação continuada, com o propósito de qualificar a práxis de enfermagem junto à pessoa que tentou ou está com risco para o suicídio e seus familiares. Assim, sendo os profissionais de enfermagem são aqueles que estão mais próximos ao paciente, responsáveis pelo pelos cuidados diretos a esse contingente populacional. Por isso, tem-se como pressuposto que profissionais informados e capacitados sobre o suicídio e seus fatores relacionados estão mais aptos a realizar um atendimento mais eficaz e qualificado a esses indivíduos. Desta forma, identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em um hospital geral acerca do suicídio poderá trazer informações para a avaliação da necessidade de implantar novos métodos de intervenção e/ou capacitação a esses profissionais. É ainda relevante ressaltar as mudanças significativas da noção de saúde nos últimos anos e a importância da humanização dos tratamentos. A noção de saúde na atualidade entende o ser humano como biopsicossocial, ou seja, biológico, social e psicológico, devendo então ser acolhido considerando esses aspectos. Na mesma perspectiva, com base nos pressupostos do Sistema Único de Saúde no Brasil, pode-se perceber a necessidade de os profissionais de enfermagem estar preparados para visualizar o paciente na sua totalidade. Dessa forma, este projeto se torna relevante já que se propõe a pesquisar e descrever os conhecimentos dos profissionais de enfermagem sobre suicídio e as ações no atendimento aos pacientes com tentativa de suicídio. **Objetivos:** Identificar e analisar o conhecimento e concepções de profissionais de enfermagem de um hospital geral, acerca do suicídio e conhecer suas intervenções junto a pessoas que tentaram suicídio ou com risco para o suicídio. **Metodologia:** A fim de operacionalizar e alcançar os objetivos propostos será realizada uma pesquisa de natureza qualitativa e descritiva. A investigação será no hospital geral de Palmeira das Missões, na região norte do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo irá englobar todos os profissionais de enfermagem que atendem pessoas que tentaram ou com risco para o suicídio. A obtenção dos dados dar-se-á com a utilização de entrevista semi-estruturada com questionamentos acerca do suicídio e da atenção à pessoa que tentou ou com risco para o suicídio. A coleta de dados será realizada na própria instituição hospitalar ou em local previamente agendado, de acordo com a disponibilidade do profissional de enfermagem entrevistado. A entrevista será de forma individual após terem assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Os dados serão analisados por meio de análise temática, pois para Minayo (2007, p. 315), “a noção do tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”. **Resultados:** Por ser uma nota prévia ainda não estão disponíveis os resultados. **Conclusão:** Espera-se, com esse estudo, apreender o conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o suicídio e conhecer suas modalidades de intervenção junto à pessoa que tentou suicídio ou com risco para o suicídio. A partir disso, almeja-se construir espaços de discussão com esses profissionais, no intuito de oferecer subsídios para uma assistência de enfermagem que atenda as demandas desse contingente populacional. E para as estudantes e do Curso de Graduação em Enfermagem, espera-se aprimorar conhecimentos técnico-científicos, correlacionar teoria e prática, proporcionando novas experiências e vivências, contribuindo na formação acadêmica.

Referências

BOTEGA, N. J. **Práticas psiquiátricas no hospital geral:** interconsultas e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; SCHMITT, R.; CHACHAMOCICH, E. **Emergências psiquiátricas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Prevenção do Suicídio:** Manual para profissionais da saúde em atenção primária. Tradução para o português: Janaína Phillipe Cecconi, Sabrina Stefanello e Neury José Botega. Departamento de Saúde Mental: Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. Who Statement: **World Suicide Prevention Day 2008**. Department of Mental Health and Substance Abuse: Geneva, 2008.

NOTA PRÉVIA

201 QUALIDADE DE VIDA DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DO PRONTO SOCORRO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

VIERO, Natieli Cavalheiro
(Relatora. Acadêmica do 7° semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem na Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador. E-mail: natieliviero@hotmail.com)

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza
(Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM - Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador. E-mail: tmagnago@terra.com.br)

GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf/UFSM. Bolsista CAPES/REUNI. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM - Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador. E-mail: pbtoscani@hotmail.com)

CERON, Marinez Diniz da Silva de
(Enfermeira do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem do Departamento de Enfermagem da UFSM - Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador. E-mail: marinezdceron@hotmail.com)

JACOBI, Caren da Silva
(Acadêmica do 7° semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem na Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador.E-mail: karen_sj88@hotmail.com)

Descritores: Qualidade de vida; Saúde do trabalhador; Enfermagem em Emergência

Introdução: Este estudo tem como objeto de pesquisa a avaliação da qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem atuantes em pronto-socorro de um hospital universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa insere-se no Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, na linha de pesquisa Trabalho e gestão em enfermagem e saúde, no eixo temático "Saúde do Trabalhador". Os serviços de emergência tem-se caracterizado por serem abertos, sem número preciso de leitos, área física delimitada, equipe de enfermagem definida (CALIL, 2007). Essas unidades eram consideradas locais com atendimento inicial e com leitos somente de observação, porém hoje estas unidades são caracterizadas pela a superlotação de pacientes que permanecem neste setor por dias a semanas aguardando as condutas médicas e leitos em outras unidades (CALIL, 2007). Os trabalhadores de pronto-socorro são regidos pela pressão e rapidez das decisões a serem tomadas, além da agilidade na execução das atividades em função da corrida contra o tempo para benefício da vida do paciente. Neste sentido, a velocidade do trabalho, e as exigências para com o trabalhador estão diretamente ligadas à quantidade de pacientes e ao quão grave eles estão (COSTA e MARZIALE, 2006). Nos prontos socorros os trabalhadores convivem com uma alta demanda de pacientes e de tarefas tornando o trabalho fragmentado e de baixa resolutividade possibilitando com que o trabalhador muitas vezes não consiga dar conta de prestar uma assistência digna e de qualidade ao usuário, o que pode provocar um sentimento de frustração e estresse,

interferindo em sua qualidade de vida. Neste sentido segundo LUNARDI FILHO, LUNARDI e SPRICIGO (2001) o significado do trabalho inclui estrutura socioeconômica, cultural, além de valores e da própria subjetividade daquele que trabalha. O trabalho não é apenas uma forma de ganhar a vida, é também uma forma de inserção social, imbricado em aspectos psíquicos e físicos. É um espaço de construção de identidade, podendo ser patogênico ou estruturante da saúde, ou seja, um operador na construção do sujeito, na conquista de identidade, da continuidade e de historicidade. Considerando as características do trabalho em emergência e a qualidade de vida do trabalhador de enfermagem neste ambiente, algumas situações como: problemas de comunicação com a equipe, assistência de enfermagem de emergência, interferência na vida pessoal, carga de trabalho, além dos conflitos internos entre a equipe e a falta de respaldo do profissional podem representar fatos estressantes e danosos à saúde e a qualidade de vida do sujeito (PINHO, ARAÚJO, 2007). A qualidade de vida é uma palavra de complexa definição, por causa de sua conotação subjetiva, complexa e multidimensional. O primeiro refere-se à percepção do sujeito sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos de seu contexto de vida, já o segundo diz respeito a composição da qualidade de vida por varias dimensões (WHOQOL GROUP, 1994). Deste modo, ter qualidade de vida depende de uma série de fatores internos e externos de cada ser humano. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida significa "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994, p. 1403). Assim nesta pesquisa tem-se a hipótese de que há comprometimento na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem do PS/HUSM. Considerando o contexto de uma unidade de pronto-socorro e as características do trabalho dos profissionais de enfermagem neste local a questão a ser respondida por esta pesquisa será: como esta a avaliação da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (PS/HUSM)? Assim elegeu-se como **Objetivo** deste estudo avaliar a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria segundo o Inventário de Qualidade de Vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey). **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal descritivo. O local onde acontecerá o estudo será o Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) que se subdivide em três áreas distintas para o atendimento da população: uma para pacientes adultos, uma para pediátricos e outra para pacientes psiquiátricos, que oferecem assistência a pacientes com potencial risco de morte ou em crises agudas de forma ágil, competente e qualificada. Estas unidades são referência regional em urgência e emergência e a unidade de adultos está em constante situação de superlotação. A população estudada será a equipe de enfermagem do Pronto- Socorro Adulto, Pediátrico e psiquiátrico, cerca de 87 trabalhadores. A coleta de dados será realizada de forma individual, por meio de um questionário auto-aplicável e durante o turno de trabalho. Esse questionário será composto por variáveis sóciodemográficas, laborais, hábitos e saúde, e questões sobre qualidade de vida (SF36). Para a inserção dos dados será utilizado o programa *Microsoft Excel* (Office 2007). Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados será realizada no programa *PASW Statistics*® *(*Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) *18.0 for windows*. O projeto passará por todos os tramites éticos previstos pela instituição o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM e a Direção de Ensino Pesquisa e Extensão do HUSM (DEPE). Neste estudo serão respeitados os preceitos éticos da Resolução 196 /96. Após a análise dos dados, será elaborado um relatório de pesquisa e os resultados serão apresentados como Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC), no Curso de Enfermagem da UFSM, como requisito para obtenção do grau de Enfermeiro. Neste sentido, os resultados esperados serão que estudar a qualidade de vida significa um importante passo para o fortalecimento da definição deste tema em

vista de possíveis modificações das políticas e das práticas na área da saúde. Deste modo podem-se verificar os potenciais impactos na saúde e consequentemente na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem de pronto-socorro e oferecer subsídios para o planejamento de ações tendo em vista a promoção da saúde do trabalhador. Este estudo ainda tem como interesse o fortalecimento da Linha de Pesquisa Saúde do Trabalhador, do Grupo de Pesquisa em Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, da graduação em enfermagem da UFSM/RS.

Referências

COSTA, A.L.R.C.; MARZIALE, M.H.P. **Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência**. Rev Bras Enferm, vol. 59, n.3, p. 337-43, maio-jun 2006.

CALIL, A.M. Estrutura organizacional de um serviço de emergência. In: CALIL, M.G.; PARANHOS, W.I. (Org.). **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. p.15-24.

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO, J**. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, Apr. 2001 .

Pinho, PS; Araújo, T.M. **Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais.** R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, vol.15, n.3, p. 329-336, 2007 jul/set.

The WHOQOL Group (1994). **Development of the WHOQOL: Rationale and current status**. *International Journal of Mental Health*, vol.23, n.3, p. 24-56, 1994.

NOTA PRÉVIA

202 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO-SOCORRO DO HUSM: NOTA PRÉVIA

*Projeto com auxílio FIPE Jr./UFSM (Bolsa de Iniciação Científica)

SCHARDONG, Ana Cecília
(Enfermagem, Graduanda de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. anacecischardong@gmail.com)

LIMA, Suzinara Beatriz Soares
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem – UFSM, Vice-diretora de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM. Orientadora)

MAGNAGO, Tania Solange Bosi de Souza
(Enfermeira. Doutora em Enfermagem (EEAN/UFRJ). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UFSM. Co-orientadora)

CERON, Marinez Diniz da Silva
(Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva do Adulto. Enfermeira da Unidade de Pronto Socorro do HUSM)

PERES, Roger Rodrigues
(Enfermagem, Graduando de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Bolsista PET-Enfermagem UFSM)

VIEIRA, Tainara Genro
(Enfermagem, Graduanda de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

Descritores: Enfermagem; Serviço hospitalar de emergência; Pesquisa sobre Serviço de Saúde; Perfil de saúde.

Introdução: Os avanços tecnológicos e o progresso científico têm, cada vez mais, contribuído para o desenvolvimento da área da saúde. No Brasil, podemos perceber um avanço significativo na qualidade dos serviços oferecidos aos usuários dos sistemas de saúde. Entretanto, a falta de uma política eficaz e efetiva de atenção primária e a baixa eficácia das ações de educação em saúde, faz com que os indivíduos sejam, cada vez mais, acometidos por doenças súbitas que poderiam ser evitadas com medidas preventivas eficazes. Entre esses males súbitos, destacam-se os que atingem o aparelho circulatório e as neoplasias, seguidas por acidentes de trânsito e violência, os quais resultam nas principais causas de morbi-mortalidade no país (ESTRAN, 2003). No que tange ao serviço de Pronto-Socorro (PS), o Conselho Federal de Medicina, com a Resolução número 1.451, de 10 de março de 1995, determina que "os estabelecimentos de Pronto Socorro Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado". Assim, nos serviços de urgência e emergência deve-se contar com uma equipe multidisciplinar preparada para realizar uma assistência rápida, competente e responsável, capaz de garantir a manutenção da vida em situações críticas. Contudo, na realidade atual, os serviços de urgência e emergência trabalham com enormes filas de espera devido à falta de resolutividade nos níveis primário e secundário. De acordo com Estran (2003), o aumento crescente de acidentes, o difícil acesso da população aos serviços

ambulatoriais nos vários níveis de complexidade, a redução do número de leitos do Sistema Único de Saúde e a baixa rotatividade desses leitos agravam ainda mais a situação. Grande parte dos usuários que chegam ao atendimento terciário poderia ter seus problemas solucionados na rede básica ou em serviços ambulatoriais especializados, desafogando os serviços de emergência. Entretanto, devido a atual situação do setor saúde, que apresenta inúmeros obstáculos ao atendimento na atenção primária e especializada, esse serviço acaba por ser a "porta de entrada" de inúmeros usuários "desgarrados" dos níveis de atenção básica. Esses usuários somam-se aos casos de urgência e emergência e acabam por superlotar os PS, o que pode comprometer a qualidade da assistência prestada à população. Neste sentido, entende-se que os serviços de urgência e emergência devam atender prioritariamente pacientes graves, com potencial risco de morte. A problemática da superlotação causa transtorno à equipe multidisciplinar, principalmente aos profissionais de enfermagem, inseridos nesses serviços, pois a falta de recursos humanos e materiais dificulta a realização de um atendimento digno e de qualidade aos clientes e seus familiares, proporcionando frustração aos usuários e a maioria dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Nessa perspectiva, apresentamos esta **nota prévia** de um projeto de pesquisa, cujo objetivo principal é identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados no PS adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) /RS, no período de agosto de 2008 a junho de 2010 e, como objetivo específico fazer um levantamento das internações ocorridas no Pronto-Socorro do HUSM de acordo com os seguintes parâmetros: idade, cor, sexo, procedência, complicação e/ou agravo à saúde, tempo de permanência no PS e destino do paciente após avaliação. A questão que irá nortear este estudo será: Quais as características clínicas e epidemiológicas dos pacientes internados no Pronto Socorro Adulto/HUSM? **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa transversal, retrospectiva, com levantamento de dados secundários e terá uma abordagem quantitativa. Serão utilizados os registros eletrônicos das internações de pacientes no pronto-socorro, no período de agosto de 2008 a junho de 2010. Ressalta-se que primeiramente, foi solicitada uma autorização da Direção do HUSM para a realização da pesquisa (coleta de dados nos registros do PS e do setor de estatística). A seguir, encaminhou-se o pedido ao GAP (Gabinete de Projetos/CCS), a Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), para o registro, avaliação e liberação para execução da pesquisa. Posteriormente, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- Reitoria/UFSM) no qual obteve parecer favorável ao estudo. Os dados serão coletados por meio de um formulário composto pelos seguintes parâmetros: idade, cor, sexo, procedência, complicação e/ou agravo à saúde, alta/transferência do PS. A busca ocorrerá nos registros eletrônicos do Pronto Socorro e também no serviço de estatística do HUSM. Para a inserção dos dados será utilizado o programa Excel®. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados será realizada no programa SPSS® 18.0 *for windows*. Para a análise dos dados, utilizar-se-á a estatística descritiva, com as quais serão construídas médias, medianas, desvio padrão, correlações e percentagens. Realizar-se-á análises bivariadas entre as variáveis estudadas, estabelecendo-se uma significância estatística se $p \leq 0,05$. **Descrevendo o campo de estudo:** O Hospital Universitário de Santa Maria localiza-se na região central do Estado do Rio Grande do Sul (RS) e é classificado como de grande porte, sendo uma instituição reconhecida como centro de referência na formação de recursos humanos na área da saúde. Trata-se de um hospital destinado a prestar assistência aos doentes nas diversas especialidades médicas, utilizado como campo de ensino, pesquisa e extensão a estudantes e profissionais da enfermagem, medicina e outros cursos da área da saúde. O hospital abrange em torno de 1,5 milhões de habitantes para referência no atendimento a urgências, emergências e gestações de alto risco. Além disso, oferece assistência de alta complexidade a pacientes graves nas suas três unidades de terapia intensiva (adulto, pediátrica e neonatal). Dentro dessa realidade institucional, situa-se o pronto-socorro (local de coleta de dados),

estruturado para atender urgências e emergências clínicas e traumáticas. Porém, o serviço atende casos de menor complexidade fazendo com que haja um desvio no seu objetivo principal, funcionando, em muitos casos, como uma unidade de internação provisória, enquanto os pacientes aguardam leitos nas unidades de internação. **Resultados:** Os resultados deste estudo serão apresentados em forma de gráficos ou tabelas. Após a análise dos dados, será elaborado um relatório de pesquisa e os resultados serão apresentados no formato "banner", os quais serão fixados em locais de referência tanto no PS quanto nas demais dependências do hospital. Poderão ser realizados artigos para publicação e resumos expandidos para eventos e congressos. **Considerações:** Acredita-se que ao conhecer as características clínicas e epidemiológicas dos atendimentos que são realizados no pronto-socorro, possa ser fornecido aos gestores de saúde subsídios para implementar/implantar ações mais efetivas para a minimização da problemática de superlotação das unidades de urgência e emergência, como é o caso do PS/HUSM. Além disso, entende-se que na medida em que se elaborará um diagnóstico do perfil dos pacientes no referido pronto-socorro, este estudo estará trazendo contribuições para o serviço, ensino e para a pesquisa em enfermagem.

Referências

1. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n.1.451, de 10 de março de 1995. Define Urgência e Emergência.** Ministério [da] Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília, DF, 17 mar.1995. Disponível em:<http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/>. Acesso em: 08 abr. 2006.

2. ESTRAN, N.V.B. (Coord.). **Sala de Emergência.** Porto Alegre: UFRGS, 2003.

3. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

NOTA PRÉVIA

203 TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA: APLICAÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE

CERVO, Anamarta Sbeghen
(Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM, Enfermeira Coordenadora Técnico Administrativa da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM); E-mail: anamarta67@yahoo.com.br)

MAGNAGO, Tânia Solange Bosi de Souza
(Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professor Adjunto da UFSM)

Descritores: Enfermagem; Indicadores de Qualidade; Nutrição Enteral.

Introdução: A nutrição é primordial para o ser humano em qualquer idade para manutenção da vida, da saúde e bem estar em geral. Além da doença de base algumas práticas contribuem para a desnutrição dos pacientes durante a internação, que são a demora para o início da TN, uso de soros como único aporte nutricional, jejum prolongado para exames diagnósticos, ausência de registros sobre ingestão alimentar, ausência de registro do controle de peso no início e durante a internação e dietas inadequadas (tipo, temperatura, horário e apresentação). (WAITZBERG et al, 2001; CÉSAR et al 2000) Há muito tempo há preocupação com a nutrição do paciente, mas pouco foi feito até então. O ponto de partida para que fossem promulgadas as portarias referentes à TN foi o estudo realizado em 1996, o Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar (IBRANUTRI), coordenado pela Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE) em 12 estados e o Distrito Federal, com o objetivo de investigar o índice de desnutrição hospitalar. Foram avaliados 4.000 pacientes em 25 hospitais brasileiros do Sistema Único de Saúde (SUS), e revelou que 48,1% dos pacientes internados apresentavam algum grau de desnutrição, sendo que 12,6% eram desnutridos graves e 35,5% eram desnutridos moderados. Portanto concluiu-se que a desnutrição é frequente entre os pacientes hospitalizados, por conseguinte piora o prognóstico de qualquer patologia, está estritamente relacionada com o aumento de complicações durante a internação, aumento da mortalidade, tempo de internação e custos. À medida que o tempo de internação aumenta também aumentam os riscos nutricionais, sendo que, pacientes eutróficos ficam em média 6 dias internados enquanto que os desnutridos ficam em média 13 dias e quanto mais tempo de internação pior é o estado nutricional dos pacientes, que nas primeiras 48 horas a desnutrição foi de 31,8%, 44,5% entre o terceiro e sétimo dias e sobe para 61% nos pacientes internados por mais de 15 dias. (WAITZBERG et al 2001). A Portaria Nº 272 de 8/4/98 regulamenta os requisitos mínimos para a terapia de nutrição parenteral e a Resolução da Direção Colegiada (RDC) Nº 63 de 6/7/2000, com a finalidade de atender às Recomendações Internacionais visando à melhoria dos procedimentos relacionados à terapia nutricional parenteral e enteral respectivamente. As normativas orientam sobre as boas práticas relacionadas à terapia nutricional, bem como a regulamentação da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) nas instituições que fazem uso de nutrição enteral e/ou parenteral. Desde 2009 o HUSM foi classificado como Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. Por ser Centro de Referência a instituição deve atender as exigências, responsabilidades e compromissos que constam na legislação vigente para que a instituição possa oferecer ao usuário e este possa usufruir da nutrição enteral e/ou parenteral. É de responsabilidade da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) fazer cumprir as exigências legais às instituições que fazem uso de nutrição

enteral e/ou parenteral. A EMTN do HUSM iniciou suas atividades em agosto de 2000 e desde então prima por tecnologias e procedimentos que possam qualificar cada vez mais a terapia nutricional (TN) na instituição e proporcionar aos usuários assistência nutricional de qualidade e com segurança. A equipe da EMTN é composta por pelo menos um membro de cada categoria isto é, médico, enfermeiro, nutricionista e farmacêutico, podendo também fazer parte profissionais como fonoaudiólogo dentre outras categorias, que devem estar habilitados e com treinamento específico para a prática da TN. Vale ressaltar que terapia nutricional conforme a legislação vigente "é um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente por meio de nutrição parenteral e/ou enteral." (Portaria nº 272/98 e RDC nº 63/2000) Atualmente o enfermeiro tem estado mais envolvido no processo da terapia nutricional, tanto no conhecimento de dietas mais especializadas como de equipamentos para administração de NE e/ou NP, como bombas infusoras com sistemas de segurança, sondas enterais e cateteres venosos fabricados com materiais de melhor qualidade, que proporcionam maior conforto e segurança para o usuário. A atuação na EMTN do HUSM desde 2002 contribuiu imensamente para o meu aperfeiçoamento técnico-científico que é necessário e imprescindível para a qualificação tanto pessoal quanto institucional. Assim há a necessidade de buscar continuamente aprimoramento dos estudos na área da TN que deem maiores subsídios e contribuam para a realização de um trabalho qualificado e seguro para o usuário que faz uso desta terapia mais especificamente neste estudo da nutrição enteral. O presente estudo poderá contribuir para avaliar a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro na terapia de nutrição enteral, verificar o risco nutricional dos pacientes internados e contribuir para redução da desnutrição hospitalar. Acerca da problemática da desnutrição hospitalar, foi escolhido como questão norteadora deste estudo: *Quais indicadores de qualidade em terapia nutricional enteral devem ser avaliados pelo enfermeiro e que posteriormente ser implantados e monitorados periodicamente no Hospital Universitário de Santa Maria?* **Objetivos:** Tem-se como objetivo geral identificar os indicadores de qualidade em terapia nutricional (TNE) no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Os objetivos específicos são analisar os indicadores de qualidade em TNE e monitorar os indicadores de qualidade em TNE que são de responsabilidade do enfermeiro da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN). **Metodologia:** O presente projeto de pesquisa constará de uma investigação do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa "traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las" utilizando recursos de técnicas estatísticas. (SILVA e MENEZES, 2001) O cenário de estudo será o HUSM e farão parte da pesquisa todos os usuários que estiverem em uso de nutrição enteral que estarão internados na CTI adulto, Clínica Cirúrgica (3º andar) e Pronto Socorro Adulto, independente de idade e sexo. Foram escolhidas as referidas unidades devido seu grau de complexidade e por serem setores onde se observa um maior número de usuários em uso da TNE. Caso houver usuários menores de idade internados nas referidas unidades o responsável maior de idade deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Será elaborado de um formulário de acompanhamento com questões fechadas aplicado para cada usuário de TNE que estiver internado nas unidades selecionadas. A coleta dos dados realizar-se-á pela própria pesquisadora por 1 (um) mês e/ou até a alta hospitalar do usuário de nutrição enteral. A pesquisadora e a orientadora farão a confecção do formulário para a coleta dos dados, onde serão eleitos os dados de maior relevância para a pesquisa. Os dados serão pesquisados nos prontuários dos usuários, nas entrevistas com as enfermeiras e os próprios usuários de TNE se tiverem condições de informar. Serão avaliados os seguintes indicadores de qualidade em TN: - Frequência de saída inadvertida de sonda enteral; - frequência de obstrução de sonda enteral; - frequência de registro de dados antropométricos (peso e altura) no prontuário; - frequência de episódios de diarreia. A amostra se caracteriza não aleatória por conveniência por não ser possível

prever quantos usuários estarão internados nas unidades selecionadas e farão uso de TNE quando será realizada a coleta dos dados. Os usuários que participarão do estudo serão incluídos no protocolo até no máximo 24 horas após o início da nutrição enteral. Após a coleta, os dados serão aplicados às fórmulas dos indicadores de qualidade selecionados e realizada a análise estatística e para tal será solicitado auxílio estatístico. Para a realização deste estudo serão observadas e seguidas as orientações: - aprovação da Direção de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HUSM para a realização da coleta dos dados na instituição; - aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM; - para assegurar o anonimato e autorização dos participantes para a publicação dos dados coletados será fornecido aos mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual informará o objetivo deste estudo, bem como os demais princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos. **Conclusões:** Os indicadores de qualidade são instrumentos que auxiliam na medida da qualidade dos serviços. Precisamos saber “onde estamos para planejarmos para onde vamos”. Com o estudo utilizando os indicadores de qualidade poderemos mensurar os resultados com outras instituições de mesma natureza e/ou compararmos posteriormente com os nossos próprios números.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria n. 272, de 08 de abril de 1998. Regulamento técnico para a terapia de nutrição parenteral. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23 de abr. de 1998.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 63, de 06 de julho de 2000. Regulamento técnico para a terapia de nutrição enteral. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 de jul. de 2000.

3. CÉSAR, M. J. P.; ULIBARRI, J. I.; MANCHA, A. Princípios de dietética. Pirâmide de los alimentos. Relación enfermedad-nutrición. Nutrición Hospitalaria. vol. 15, p: 5-13, 2000.

4. SILVA, E. L. da.; MENEZES, E. M. Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. 3. ed. rev. atual. Florianópolis, SC: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

5. WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. T. D. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. v. 17, p. 573-580, jul./ago. 2001.

NOTA PRÉVIA
204 CONSTRUINDO UMA REDE DE APOIO À AMAMENTAÇÃO: AÇÕES DE ATENÇÃO INTEGRAL E HUMANIZADA

PRATES, Lisie Alende
(Graduanda do VII semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa. Email: lisiealende@hotmail.com)

LIPINSKI, Jussara Mendes
(Professora Adjunta da Universidade Federal do Pampa, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Descritores: Aleitamento Materno; Enfermagem; Fisioterapia; Humanização da Assistência.

Nota prévia do projeto de trabalho de conclusão da graduanda pesquisadora, o qual pretende ser realizado em conjunto com um projeto de extensão, a ser realizado no período de maio de 2011 a dezembro de 2012. Uma vez que o projeto de extensão conduzirá a dados que serão utilizados no trabalho de conclusão de curso, ambos ocorrerão conjuntamente. O estudo decorre de conhecimentos e experiências adquiridas no decorrer do projeto intitulado "Perfil da atenção materno-infantil no município de Uruguaiana", no qual evidenciou-se a necessidade de se trabalhar mais acerca do aleitamento materno entre as usuárias das Unidades de Saúde do município de Uruguaiana. Embora a temática tenha sido declarada pelas usuárias como abordada durante o pré-natal, verificamos que as taxas de aleitamento materno e aleitamento materno exclusivo ainda são muito reduzidas e que as dúvidas existentes entre as puérperas ainda são inúmeras; não sendo estas sanadas durante o pré-natal e permanecendo no puérperio. Reconhecendo essa necessidade, surgiu o interesse das pesquisadoras em realizar atividades de extensão em uma Unidade Básica de Saúde, desta vez trabalhando com grupos de gestantes inserindo neste grupo a presença das avós, pois as mesmas tem sido, no decorrer do tempo, o ponto de apoio das mulheres quando no puérperio surgem as dúvidas. As mulheres quando impossibilitadas de procurarem os serviços de saúde – seja pelas tarefas domésticas, como pelo trabalho fora do lar –, procuram nas avós, as respostas para suas dúvidas e estas, por sua vez, quando presentes, costumam ter grande influência nas decisões das mulheres, incluindo as questões relacionadas com o recém-nascido e o aleitamento materno. No entanto, a maioria das avós de hoje teve seus filhos nas décadas de 1960 e 1980, época em que o aleitamento materno, em especial o exclusivo, não era tão valorizado, as taxas de aleitamento materno eram muito baixas e imperava a crença do "leite fraco" ou "pouco leite", assim elas podem estar repassando às suas filhas e noras práticas hoje consideradas obsoletas, como a suplementação precoce do leite materno com água, chás e outros leites. Portanto, a necessidade de trazer as avós para trabalhar junto de suas filhas e noras, sanando as dúvidas existentes entre as mesmas, e mais do que isso, como meta principal, a possibilidade evidente de promover, apoiar e incentivar a amamentação no município. Além disso, há de se reconhecer que o não retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, os expõem a complicações e, algumas vezes, óbitos, e, portanto, torna-se urgente e necessário repensar em abordagens a serem trabalhadas na assistência ao puérperio. Despertando-se essa consciência e constatando as necessidades, esse estudo se propõe a trabalhar com gestantes, puérperas e avós, observando as mamadas dos bebês, identificando crenças e mitos que atrapalham a amamentação e aumentam as chances de desmame precoce, vantagens da amamentação para o binômio mãe-filho e demais familiares, assim como também, a possibilidade de propiciar ações multidisciplinares e integradas entre os profissionais da área da saúde e usuárias,

incluindo-as nas atividades de autocuidado e assistência ao(s) seus filho(s), envolvendo os profissionais em ações que garantam a melhoria dos serviços prestados às usuária e os estimulando para o contínuo trabalho de educação em saúde. O projeto tem como objetivo geral: apoiar e incentivar o aleitamento materno dentro de um grupo de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde no município de Uruguaiana/RS. E como objetivos específicos tem-se: a) Conhecer a produção da literatura nacional a respeito da influência das avós no aleitamento materno; b) Observar as mamadas dos bebês de puérperas da Unidade de Saúde estudada; c) Identificar as experiências das avós acerca da amamentação e a influência das mesmas na prática da amamentação; d) Analisar o conhecimento das usuárias acerca do aleitamento materno, identificando e registrando as dúvidas, assim como mitos e crenças existentes entre as usuárias frequentadoras do grupo; e) Acompanhar como se dá a influência do aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno complementar no crescimento e desenvolvimento das crianças em idade de até 1 ano das usuárias frequentadoras do grupo; f) Contribuir com práticas que ajudem a aumentar as taxas de aleitamento materno na Unidade de Saúde estudada; g) Propiciar o vínculo e a integração entre os profissionais da equipe de saúde em prol da promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno; h) Estimular às equipes de saúde para novas abordagens no trabalho de educação em saúde. De uma maneira geral, para realização dos objetivos, serão utilizadas quatro métodos, quais sejam: pesquisa bibliográfica do tipo revisão integrativa, pesquisa qualitativa por meio de observação participante, pesquisa qualitativa do tipo pesquisa participante e pesquisa qualitativa descritiva. As atividades vinculadas a este estudo serão realizadas na UBS do município de Uruguaiana, que oferece uma maior variedade de serviços ofertados à população materno-infantil quando comparada com as demais Unidades Básicas de Saúde do município. Contudo, o estudo também abrangerá as residências das puérperas, durante uma fase da pesquisa. O período de coleta de dados se dará a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pampa. Para análise do primeiro objetivo específico será realizada uma avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, a partir da ordenação e classificação destes, procurando encontrar explicações para os diferentes resultados. Mediante a realização do segundo objetivo, a análise se dará por meio da discussão em torno dos dados obtidos e descrição dos resultados evidenciados na coleta de dados. Nos demais objetivos, utilizaremos a análise de conteúdo do tipo temática, proposta por Minayo. O estudo estabelece risco mínimo aos participantes e respeitará os princípios éticos em todas as etapas da pesquisa, de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde estabelecidas pela Resolução de n° 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 10 de outubro de 1996, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Será solicitada autorização aos participantes através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que seja realizada cada uma das etapas da coleta de dados. Desejamos construir uma rede de apoio à amamentação, estimular às equipes de saúde do município para o desenvolvimento de novas iniciativas que propiciem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, assim como estimular a formação de vínculo entre usuárias e profissionais atuantes nesses locais pelo acolhimento, este entendido como uma das tecnologias mais importantes no conjunto de ações integrais e humanizadas preconizado pelo Ministério da Saúde. Através dessa intervenção, vislumbramos a possibilidade de trocas de experiências entre gestantes, puérperas, avós, profissionais da área da saúde e pesquisadoras, tornando as integrantes do grupo multiplicadoras de ações de saúde dentro de suas famílias e comunidade, e mais do que isso, incentivadoras e apoiadoras da amamentação.

Referências

CARVALHO MR, TAMEZ RN. Amamentação – Bases científicas. 2a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

MENDES KDSM, Silveira RCC, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Revista Texto & Contexto Enfermagem. 2008; 17(4):758-764.

MINAYO MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo. Hucitec, 2007.

NAKANO AMS, REIS MCG, PEREIRA MJB, GOMES FA. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. Revista Latino-americana de Enfermagem 2007 março-abril; 15(2).

NOTA PRÉVIA
205 QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS MAIS IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL

LEITE, Marinês Tambara
(Enfermeira, Dra. em Gerontologia Biomédica, docente da UFSM/CESNORS. Tutora do Programa de Educação Tutorial PET Enfermagem CESNORS/UFSM)

HILDEBRANDT, Leila Mariza
(Enfermeira, Mestre em Enfermagem Psiquiátrica, docente da UFSM/CESNORS)

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase
(Enfermeira, Dra. em Enfermagem, docente da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC)

BIASUZ, Sandra
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Bolsista PIBIC/CNPq – 2010/2011. E-mail: sandrabiasuz@hotmail.com)

FALCADE, Bruna Liege
(Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM/CESNORS. Bolsista PIBIC/CNPq – 2009/2010)

Descritores: Qualidade de vida; Idoso de 80 anos ou mais; Relações Familiares.

Introdução: Trata-se de uma nota prévia da investigação de caráter interinstitucional "A dinâmica da família de idosos mais idosos: o convívio e cuidados na quarta idade – DIFAI", da qual o Município de Palmeira das Missões/RS se constituiu em um dos cinco centros de coleta de dados. O processo relativo ao envelhecimento humano é complexo e vincula-se a diversas situações de ordem social, física, ambiental, psicológica, cultural e econômica. O aumento da expectativa de vida não é uma condição individual, ele envolve o entrelaçamento tecnológico, genético e ambiental. Com o aumento da população de idosos, um novo desafio se apresenta para a sociedade, em especial, no campo da saúde. Considera-se que os profissionais devam centrar esforços em acompanhar e atuar nas situações que causam agravos a saúde das pessoas idosas e, também, nas principais condições que causam incapacidades e declínio na capacidade funcional, com consequente perda na qualidade de vida. O termo qualidade de vida se constitui em um constructo que contempla amplo conceito de bem-estar e resulta da autoavaliação do próprio indivíduo, isto é, do quanto ele esta ou não satisfeito com sua qualidade de vida. Portanto, o conceito de qualidade de vida é subjetivo, dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo e diz respeito à condição pela qual o sujeito considera melhor ou pior, e oscila entre as dimensões física, psicológica e social[1]. Outro aspecto que deve ser observado diz respeito às relações no espaço doméstico, em que frequentemente a família se constitui na rede de cuidados e suporte social relativos às condições funcionais, emocionais, sociais e de saúde. Uma das formas de verificar a funcionalidade da dinâmica familiar é por meio do APGAR da Família, o qual avalia aspectos relativos a adaptação(A), companheirismo(P), desenvolvimento(G), afetividade(A) e capacidade resolutiva(R). **Objetivo:** Avaliar a qualidade vida e a dinâmica do funcionamento familiar de idosos mais idosos residentes em um município do norte do Rio Grande do Sul. **Metodologia:** Pesquisa de caráter interinstitucional, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 100 idosos, com idade igual ou superior a 80 anos, que residem em ambiente doméstico, vinculados a uma unidade básica de saúde. Os dados foram obtidos no domicilio, orientada por um instrumento com questões

relativas a dados de identificação; o Whoqol-old para avaliar a qualidade de vida dos idosos e o APGAR da Família para avaliar a dinâmica do funcionamento da família, da perspectiva do idoso. Os dados foram digitados na planilha excel e a análise dos mesmos baseou-se na estatística descritiva. A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSC sob protocolo nº 051/08. **Resultados:** Os resultados, interpretados e analisados de forma preliminar, evidenciam predomínio de mulheres (63%) em relação aos homens (37%). O estado civil da maioria é viuvez (60%), seguido de 35% casado. Quanto a escolaridade, 33% dos idosos não a possuem, 60% frequentaram até a 4ª série do ensino formal e os demais (7%) tem o primeiro ou o segundo graus completos. A idade do cônjuge oscilou de 42 a 90 anos, média de 73,51 anos. O número de filhos é de nenhum a 14, com média de 6,2 filhos. Todos os entrevistados professam uma crença religiosa, com predomínio da católica (54%) e a casa onde residem é própria para 70% dos idosos. Dentre as doenças prevalentes auto-referidas 60% dos idosos apontam que possuem hipertensão arterial sistêmica. Vale destacar que as doenças nas pessoas idosas, comumente, são crônicas e múltiplas, persistem por longos períodos, requerem acompanhamento, medicação e cuidados contínuos, além de exames periódicos. O idoso é mais vulnerável a doenças de caráter crônico degenerativas, como as cardiovasculares e cérebro-vasculares, o câncer, os transtornos mentais e distúrbios que afetam o sistema locomotor e os sentidos. Desse modo, poderá haver diminuição na interação social, em que há contribuição de diversos fatores como aposentadoria, perda de colegas de trabalho, maior tempo livre, alterações sociais, impacto social e da idade, perda econômica, afastamento do grupo social e familiar, dificuldades de acesso aos diferentes serviços entre outros[2]. Estes fatores, além de interferir diretamente nas condições de saúde, também contribuem para a qualidade de vida das pessoas idosas. Neste estudo, os aspectos relativos à qualidade de vida dos octogenários evidenciam por meio dos dados obtidos que eles possuem boa qualidade de vida, uma vez que a média do Whoqol-old é de 81,77 ± 8,69. Na estratificação dos valores por domínio do Whoqol-old versos faixa etária, identifica-se que as melhores médias foram alcançadas pelos idosos que se encontram na faixa etária de 80 a 84 anos. Já nos domínios funcionamento do sensório, atividades passadas, presentes e futuras e morte e morrer, a menor média esta na faixa etária de 85 a 89 anos, e nos domínios autonomia, intimidade, participação social a média mais baixa encontra-se na faixa acima de 90 anos. Isto evidencia que quanto mais avançada a idade pior é a qualidade de vida dos gerontes. Também, nesse mesmo estudo investigou-se o funcionamento familiar, por meio do Apgar da dinâmica da família, em que o resultado evidencia elevada disfuncionalidade, para 80% dos idosos. Em estudo[3], com idosos dependentes de uma cidade do interior do nordeste, os resultados mostram que em relação à dinâmica familiar, 73,50% dos idosos relataram comprometimento, sendo mais frequente a definição de moderada funcionalidade (46,15%). **Conclusões iniciais:** Os dados apontam que os profissionais da saúde devem estar atentos para as questões da qualidade de vida, em especial, dos idosos mais idosos, tendo em vista a potencialização de suas funções globais, a fim de obter maior independência, autonomia e uma melhor qualidade para essa fase de vida. Nesse cenário, destaca-se a importância da manutenção de relações sociais e familiares positivas e consistentes, de ações destinadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e preservação da capacidade funcional, condições que afetam diretamente o bem-estar da pessoa idosa e, consequentemente, na sua qualidade de vida. Destaca-se que são poucos os estudos realizados com a população de idosos mais idosos, isto indica a necessidade de ampliar pesquisas que contemplem a faixa etária de idosos com 80 anos ou mais.

Referências

1. Dalla Vecchia R, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(3): 246-52.

2. Zaslavsky C, Gus I. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Idoso. Doença Cardíaca e Comorbidades. Arq. Bras. Cardiol. 2002; 79(6): 635-639.

3. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste J Bras Psiquiatr. 2009;58(1):39-44.

MODALIDADE: ARTIGO ORIGINAL

APRESENTAÇÃO:ORAL

206 O BRINCAR NA PEDIATRIA: RECURSO UTILIZADO NO CUIDADO

COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos
(Professora Mestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte do RS (UFSM-CESNORS), campus de Palmeira das Missões/RS. e-mail: enfbel@yahoo.com.br)

MENEZES, Luana Possamai
(Acadêmica do 7° semestre do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte do RS (UFSM – CESNORS), campus de Palmeira das Missões/RS. Endereço para contato: Rua Rio Branco 1131 apartamento 303, bairro centro, Palmeira das Missões/RS, CEP 98300.000. Fone: (55) 99569978, e-mail: luluzzzzinha@yahoo.com.br)

BADKE, Marcio Rossato
(Professor Mestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte do RS (UFSM – CESNORS), campus de Palmeira das Missões/RS. e-mail: marciobadke@yahoo.com.br)

BISOGNO, Silvana Bastos Cogo
(Professora Mestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Superior Norte do RS (UFSM – CESNORS), campus de Palmeira das Missões/RS. e-mail: silvanabisogno@yahoo.com.br)

Resumo
Este artigo tem como objetivo descrever as atividades práticas não obrigatórias desenvolvidas na Associação do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões (AHCPM), vinculadas ao projeto de extensão intitulado *"O BRINCAR NA PEDIATRIA: estratégia de cuidado com crianças hospitalizadas"*, na perspectiva de contribuir como impulsionador da realização de novas ações em saúde no cuidado a crianças internadas. Foi proporcionada uma brinquedoteca as crianças internadas no setor da pediatria da AHCPM. Esta incluiu brincadeiras com jogos, pinturas, brinquedos, entre outras atividades recreativas e interativas. Como resultado desse cuidado, obteve-se a realização do Acolhimento com essas crianças, diminuição do tempo ocioso da hospitalização, momentos de alegria, trocas de vivências e aprendizado coletivo. A ação de extensão permitiu a ampliação da visão profissional e humanística da acadêmica. Impulsionou a efetivação do tratamento das crianças, promovendo conforto e segurança, além de promover momentos agradáveis para elas, seus acompanhantes e para a equipe de enfermagem atuante.

Descritores: criança; cuidados de enfermagem; hospitalização; humanização da assistência;

MODALIDADE: ARTIGO ORIGINAL

APRESENTAÇÃO:ORAL

207 RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO E FORMAS DE ADMISSÃO NO SUS: UMA REFORMA NA REFORMA?

FLORES, Andressa Magalhães
(Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (UFSM-CESNORS), Palmeira das Missões, RS. E-mail: andressamagalhaesflores@yahoo.com.br)

RIGHI, Liane Beatriz
(Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Professora da Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul (UFSM-CESNORS). Palmeira das Missões, RS. E-mail: liane.righi@yahoo.com.br)

Resumo

O debate sobre a relação público-privado tomou novos contornos com o tema das alternativas para admissão de trabalhadores, pois a partir da criação da Lei de Responsabilidade Fiscal, dificultou-se a admissão direta pelo município. Portanto, os governos criaram e estimularam o desenvolvimento do terceiro setor para evitar a realização de concurso público na admissão, inclusive na Estratégia de Saúde da Família. Entretanto este arranjo produziu a precarização dos vínculos de trabalho destes profissionais. O texto objetiva analisar as formas de admissão que estão sendo propostas para os trabalhadores em saúde e para tanto recupera elementos da legislação, a trajetória das Conferências Nacionais de Saúde e a posição do Conselho Nacional de Saúde.

Descritores: Planejamento e administração em saúde; Trabalhadores; Administração em saúde pública; SUS; Serviços terceirizados.

MODALIDADE: ARTIGO ORIGINAL

APRESENTAÇÃO:ORAL

208 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM SANTA MARIA-RS/ BRASIL NO ANO DE 2009

Dissen, Caliandra Marta
(Acadêmica do Quinto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Bolsista FAPERGS)

Silveira, Daiany
(Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

Machado, Cynthia Helena Ferreira
(Acadêmica do Sexto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM. Bolsista Pibic Cnpq 2010/2011)

Silva, Clarissa Bohrer da
(Acadêmica do Sexto Semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM - RS. Membro do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

Lasta, Liliane Dalla
(Enfermeira. Membro do Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva Da UFSM -GEPESC)

Beck, Carmem Lúcia Colomé
(Doutora em Enfermagem, Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM. Vice líder do Grupo de Pesquisa "Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem" da UFSM)

Resumo

A tuberculose é uma doença crônica, infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, atinge todos os grupos etários, sendo altamente transmissível e mortal. Tendo em vista a relevância desta doença para a saúde pública, objetivou-se nesse estudo determinar a prevalência da tuberculose pulmonar e os fatores associados no município de Santa Maria – RS/Brasil em 2009. É um estudo epidemiológico e descritivo. A coleta dos dados foi documental, a partir do acesso ao livro do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do município pesquisado. Para análise dos dados utilizou-se o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Resultados indicaram registro de 101 casos de TB no município em 2009, sendo a maioria em homens, com 36 anos em média, e principais fatores associados o tabagismo e o etilismo. Logo, reforça-se a importância da presença de uma equipe multiprofissional nos serviços de saúde para incrementar o controle da TB.

Descritores: Enfermagem; Tuberculose; Perfil de Saúde; *Mycobacterium tuberculosis.*

MODALIDADE: ARTIGO ORIGINAL

APRESENTAÇÃO:ORAL

209 A ARTICULAÇÃO INTRASETORIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES

OLIVEIRA, Michele Dias de
(Enfermeira, Aluna da Pós Graduação em Docência Superior da URI – Campus de Santiago)

MACHADO, Bruna Parnov
(Enfermeira Mestranda do Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria)

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de
(Enfermeira Doutora, docente da Universidade Ferderal de Santa Maria e Vice-diretora do Hospital Universitário de Santa Maria)

RODRIGUES, Marlene Kreutz
(Enfermeira especialista em Administração Hospitalar, Coordenadora do NAG/HUSM)

PORTELA, Odete
(Enfermeira especialista em Nefrologia, Mestre em Engenharia da Produção/UFSM)

FERREIRA, Tanise Finamor
(Enfermeira. Pós Graduanda em Formação Pedagógica e Terapia Intensiva: Ênfase em Oncologia e Controle de Infecção Hospitalar. UNIFRA)

Resumo

Objetiva-se relatar as vivências acadêmicas desenvolvidas por meio da articulação Intrasetorial na Promoção da Saúde dos Trabalhadores de reflorestamento no município de Unistalda, Rio Grande do Sul. A atuação ocorreu na minimização dos fatores de risco e nos danos decorrentes da interação saúde-trabalho-doença a partir do perfil epidemiológico dos trabalhadores. A metodologia contemplou encenações teatrais, atividades lúdicas, dinâmicas de grupo, gincana educativa, conversas individuais e palestras. O fechamento do processo utilizou abordagem multiprofissional de temas acerca dos problemas de saúde mais recorrentes entre o grupo. As ações problematizaram fatores determinantes do processo saúde-trabalho-doença e comportamentos favoráveis a um estilo de vida saudável. A integração entre Estratégia de Saúde da Família (ESF), a Empresa de Refloretamento e o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI) Campus Santiago-RS, possibilitou a promoção de ações assistenciais/educativas voltadas a integralidade do cuidado à saúde do trabalhador.

Descritores: Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Promoção da Saúde.

MODALIDADE: ARTIGO ORIGINAL

APRESENTAÇÃO:ORAL

210 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO POPULAR: UMA APROXIMAÇÃO NECESSÁRIA

EBLING, Sandra Beatris Diniz
(Enfermeira. Mestranda em Educação pela UNIJUÍ. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão. Email: sandra.ebling@yahoo.com.br)

SILVA, Marciele Moreira da
(Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM. Docente na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI Campus de Santiago/RS. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem da UFSM. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão)

SILVA, Silvana de Oliveira
(Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da URI-Santiago. Membro do NIEPE – Núcleo Interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão)

Resumo

O presente artigo trata-se de uma reflexão acerca das aproximações entre educação em saúde e educação popular, posto que ambas incorporam nas ações a reflexão, a dialogicidade, a criticidade e, consequentemente, a noção de conscientização. Dessa forma, objetiva-se discutir como se dá o entrelaçamento entre a educação em saúde e educação popular no cotidiano dos atores sociais.

Descritores: Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Participação comunitária**.**